252

RECHERCHES

SUR LA

MORTALITÉ DES FEMMES EN COUCHES

DANS LES HOPITAUX



SAINT-QUENTIN
IMPRIMERIE JULES MOUREAU, 7, PLACE DE L'HÔTEL-DE-VILLE.

2

RECHERCHES

SUR LA

MORTALITÉ DES FEMMES EN COUCHES

DANS LES HOPITAUX

Statistiques de l'hôpital Lariboisière, 1854-1878

et de l'hôpital Cochin, 1873-1877

PAR

L. DE BEURMANN

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,
ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE & FILS

RUE HAUTEFEUILLE, 19, PRÈS LE BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1879

INTRODUCTION

La mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux a déjà été l'objet d'un grand nombre de travaux. Des statistiques comprenant des quantités considérables d'accouchements pratiqués tant au domicile des malades que chez les sages-femmes ou dans les hôpitaux ont été produites depuis un certain nombre d'années, et cependant les récentes discussions qui ont remis cette question à l'ordre du jour ont montré qu'elle n'était pas encore définitivement élucidée. Notre but est d'exposer le résultat de nouvelles recherches que nous avons entreprises sur ce sujet.

Les chiffres que nous avons obtenus et les conclusions que nous avons cru devoir en tirer diffèrent un peu de ceux auxquels sont arrivés nos prédécesseurs. Cette divergence étonnera peut-être au premier abord, mais elle s'expliquera facilement, nous l'espérons du moins, quand on saura, que les sources auxquelles nous avons puisé et le classement que nous avons adopté sont aussi différents des leurs.

Nous n'avons pas la prétention de trancher d'une façon absolue et dans tous ses détails une question aussi importante et aussi complexe que celle de l'hygiène nosocomiale des femmes en couches, mais nous avons la conviction de contribuer à faire disparaître un certain nombre d'erreurs ou de malentendus.

Notre statistique comprend les accouchements pratiqués à l'hôpital Lariboisière depuis son ouverture, le 21 avril 1854, jusqu'au 1er janvier 1879. Le nombre des cas sur lesquels elle porte varie de 700 à 1,000 par an. Ce chiffre semblera peut-être bien

restreint pour être démonstratif, mais nous avons cherché avant tout à être précis; les résultats numériques ont toujours une apparence de rigueur qui en impose: cependant, s'ils ont été obtenus en accumulant des faits disparates ou imparfaitement connus, ils perdent toute autorité. Les cas que nous avons étudiés se sont tous produits dans les mêmes conditions générales; ils sont donc comparables entre eux. De plus, notre analyse ne s'est pas bornée à enregistrer le fait brut de la mort ou de la guérison, mais nous avons toujours cherché à tenir compte de la nature et de l'origine des accidents auxquels ont succombé les malades. Enfin nous avons fait nous-même sur les pièces originales et vérifié en détail toutes nos recherches. Nous pensons donc que, malgré son apparence modeste, notre statistique a une réelle valeur.

Nous avons été guidé par notre excellent maître, M. le Dr Siredey, qui a bien voulu nous fournir la partie la plus importante et la plus précise des renseignements dont nous nous sommes servi et nous aider de son expérience spéciale sur la question; nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance. Si l'on trouve quelque mérite à ce travail, c'est à lui qu'il faut l'attribuer.

M. Polaillon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, a bien voulu mettre à notre disposition les résultats d'une statistique qu'il a faite pendant son passage à la Maternité de Cochin. Nous avons reproduit ses chiffres, heureux d'y trouver la confirmation de nos propres recherches; nous lui sommes vivement reconnaissant de sa libéralité.

Nous devons adresser aussi à M. Talle, directeur de l'hôpital Lariboisière, et aux employés du bureau, tous nos remercîments pour l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont indiqué et ont mis à notre disposition tous les registres dont nous nous sommes servi dans notre enquête.

RECHERCHES

SUR LA

MORTALITÉ DES FEMMES EN COUCHES

DANS LES HOPITAUX

I

LE SERVICE DES FEMMES EN COUCHES A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Sans décrire en détail l'hôpital Lariboisière, nous croyons devoir faire connaître le milieu dans lequel se sont trouvées les femmes dont nous avons étudié la mortalité. Nous indiquerons rapidement les principales dispositions de la salle d'accouchements à cet hôpital et celles de la crèche qui, depuis un certain nombre d'années, fait partie du même service. Nous nous bornerons à exposer l'état actuel, nous réservant de rechercher plus tard en quoi il pourrait et devrait être modifié.

L'hôpital Lariboisière, construit de 1846 à 1853, fut ouvert le 21 août 1854. Il réalise le plan présenté dès 1788 par l'Académie des sciences au gouvernement de Louis XVI (1), l'agencement et la forme des bâtiments sont les mêmes, les dimensions des salles et le nombre des lits qu'elles contiennent sont à peu près identiques.

Il se compose de dix corps de bâtiment disposés parallèlement et symétriquement, de chaque côté d'une cour rectangulaire de 110 mètres de long et de 45 mètres de large. Ces bâtiments, complétement isolés à partir du plancher du premier étage, sont

(1) Tardieu. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 15 avril 1862, t. XXVII, p. 687.

reliés au rez-de-chaussée par une galerie couverte et vitrée, entourant la cour centrale.

Les quatre pavillons d'angle sont réservés au logement du personnel, à la pharmacie, à la cuisine, à la lingerie, aux religieuses et aux services accessoires. Les six bâtiments intermédiaires sont exclusivement affectés aux malades, ceux du côté gauche aux femmes, et ceux du côté droit aux hommes. Ils sont divisés en trois étages, rez-de-chaussée, premier et deuxième, formant chacun une salle avec ses dépendances.

Ces salles rectangulaires sont toutes semblables entre elles; elles mesurent 38^m 60 de longueur, 9 mètres de largeur et 5^m 20 de hauteur, leur cubage est donc de 1,806 mètres. En divisant ce chiffre par 38, nombre de lits réel des salles ordinaires, on voit que toutes les places étant occupées, chaque malade a encore plus de 47 mètres cubes d'air à sa disposition.

Les fenêtres, au nombre de huit sur chaque face, mesurent, à peu de chose près, toute la hauteur de la salle; elles ont 4 mètres d'élévation et 1^m 50 de large. Les bâtiments étant orientés à peu près exactement de l'est à l'ouest, elles regardent les unes le nord, les autres le midi.

Les planchers sont en chêne ciré; les murs et les plafonds sont, de même que dans les escaliers et dans les vestibules, recouverts d'une couche de stuc, dont la surface lisse et brillante, est plus facile à tenir nette que celle de la peinture ordinaire.

Deux portes vitrées, placées aux extrémités des salles, donnent accès, l'une sur le palier correspondant, l'autre sur une partie réservée, à l'extrémité excentrique du pavillon.

La salle Sainte-Anne, consacrée aux accouchements, occupe le deuxième étage du premier pavillon de gauche. Sauf quelques détails intérieurs, elle présente les mêmes dispositions que toutes les autres.

L'espace laissé libre par l'escalier du côté de l'entrée est divisé en deux étages. En bas, donnant directement sur le palier, on a installé un cabinet pour la religieuse chargée de la surveillance, un office avec un chauffoir pour le linge et une baignoire pour les malades qui ne peuvent être transportées. La partie supérieure

est occupée par un vestiaire où sont placés les effets des malades de la salle pendant la durée de leur séjour.

Dans la partie réservée à l'extrémité opposée de la salle, on trouve, au milieu, un lavabo à cuvettes fixes et à écoulement d'eau commandé par des boutons de porte; il est éclairé par une fenêtre placée dans l'axe du bâtiment, et communique, à gauche, avec la chambre de misère contenant deux lits pour les femmes en travail; à droite, avec une chambre de débarras et les lieux d'aisances. Deux fenêtres, de même dimensions que celles de la salle, éclairent l'une la partie gauche, l'autre la partie droite.

La salle Sainte-Anne contient 28 lits seulement, ce qui donne, pour chaque femme avec son enfant, un cube d'air minimum de 64^{m} 50.

Les lits sont rangés en deux files, le long des murs latéraux, dans les intervalles des fenêtres; leur écartement moyen est de 1^{m} 45.

A l'extrémité opposée à l'entrée, des cloisons vitrées de 3 mètres de haut limitent, à droite et à gauche, deux espaces carrés consacrés, l'un aux soins de propreté et à l'habillage des nouveau-nés, l'autre au coucher de l'infirmière chargée de ce service.

Les lits sont en fer, à planchettes et à rideaux comme dans presque toutes les salles des hôpitaux de Paris. Ils sont garnis d'un sommier élastique tout en fer, d'un matelas, d'un traversin et d'un oreiller. Les tables de nuit sont en bois. Les berceaux, entourés de rideaux de cotonnade blanche, comme les lits, sont en fer.

Nous verrons que plusieurs de ces dispositions et, en particulier, le couchage et les débarras ont été heureusement modifiés depuis quelques années, dans la salle Sainte-Anne, et nous indiquerons ce qui nous semble encore nécessaire pour compléter ces améliorations.

La ventilation des salles de l'hôpital Lariboisière est faite, pour les pavillons de droite, par le système Thomas et Laurens. L'air pur puisé au dehors est propulsé dans la salle par un ventilateur à hélice, à raison de 90 mètres cubes par heure et par malade.

Dans les pavillons de gauche, où se trouve la salle Sainte-Anne,

fonctionne le système Duvois-Leblanc. L'air vicié sort par des canaux verticaux disposés dans toute la hauteur des murs latéraux qui le conduisent jusqu'au-dessus du toit. L'air pur s'introduit par des canaux horizontaux, placés dans l'épaisseur des planchers; en hiver, il s'échauffe avant de pénétrer dans les salles.

On appelle l'air vicié en réunissant tous les canaux verticaux dans une cheminée commune, où est placé un poêle à eau chaude; l'air pur entre par les canaux horizontaux de lui-même, en raison de l'abaissement de pression produit par le départ de l'air vicié.

Pour le chauffage, une circulation d'eau chaude est établie au moyen de tuyaux et de conduits placés dans les salles et dans la cheminée d'appel. L'eau s'échauffe dans une chaudière au rez-de-chaussée, monte au réservoir le plus élevé, en redescend par d'autres conduits, en passant par les récipients en forme de poêle de chaque étage, et retourne enfin à la chaudière pour s'y échauffer de nouvau. L'air pur s'échauffe de lui-même au contact de tuyaux qu'il rencontre dans les canaux horizontaux et des réservoirs d'eau placés dans les salles.

Ce système doit, d'après le cahier des charges, assurer une ventilation soutenue de 60 mètres cubes d'air par heure et par malade, et une température moyenne de 16 à 18° centigrades.

Dans un travail de comparaison sur les appareils en usage dans les divers hôpitaux fait par M. Grassi, il a constaté, pour le système Duvois-Leblanc, que le chauffage était suffisant, mais que la ventilation réelle n'était guère que de 30 mètres cubes par heure et par malade. En effet, le cahier des charges exige une ventilation de 60 mètres cubes d'air, mais il ne spécifie pas si cette masse sera mesurée à l'entrée où à la sortie des salles. Dans le cas qui nous occupe, on trouve bien à la sortie plus de 60 mètres cubes, mais plus de la moitié est fournie par les fissures et les joints des portes et des fenêtres. M. Grassi croit inutile, pour la ventilation réelle, la quantité d'air ainsi introduite accidentellement; il la défalque donc du total, et ne trouve plus qu'une

ventilation efficace de 30 mètres cubes d'air, par heure et par malade.

De plus, il est a peu près impossible de contrôler le fonctionnement de ces appareils. Sans doute, il sont régulièrement réparés et entretenus, sans doute ils fonctionnent à merveille au moment des visites officielles; mais que se passe-t-il dans l'intervalle. Rien ne peut l'indiquer.

Dans le système Thomas et Laurens, au contraire, les 90 mètres cubes d'air par heure et par malade sont mesurés à leur entrée dans la salle. Le diamètre des tubes injecteurs ne variant pas, les volumes d'air introduit sont proportionnels au nombre des rotations de l'hélice; celles-ci sont enregistrées automatiquement au moyen d'un compteur à cadran, de sorte que le premier venu peut vérifier, à toute heure, la marche de l'appareil.

Dans le plan primitif de l'hôpital Lariboisière, huit petites salles placées entre les pavillons, le long de la galerie vitrée qui entoure la cour centrale, étaient destinés à servir de chauffoir et de lieu de réunion pour les malades en état de quitter le lit. Depuis les années 1863 et 1864, ces locaux ont été peu à peu détournés de leur destination primitive. Deux ont été attribués aux consultations externes des maladies des yeux, du larynx et des femmes ; une a été transformée en magasin de literie, et, des cinq autres, on a fait provisoirement des salles de malades. Il n'y a rien à dire de l'organisation des consultations spéciales, elle est satisfaisante, et d'ailleurs nous n'avons pas à nous en occuper ici. Il n'en est pas de même des nouvelles salles ainsi obtenues. Elles contiennent onze lits, et ne mesurent que 5 mètres de hauteur, 15 de longueur et 5 de largeur, ce qui donne un cubage d'air insuffisant. Elles ne reçoivent de jour que par des fenêtres donnant soit sur la galerie vitrée, soit tout au fond des cours latérales; elles sont donc mal éclairées; leur ventilation, établie après coup, est imparfaite; à cause du manque d'espace, les portes et les fenêtres se trouvent immédiatement à côté où même en arrière de la tête des lits, ce qui expose les malades à des refroidissements fâcheux. Nous avons constaté, dans le courant de l'année 1878, plusieurs affections graves *a frigore* contractées dans ces conditions par des malades qui ne

quittaient pas le lit. Le service des aliments et médicaments est rendu très-difficile par le manque d'office bien organisée; les lieux d'aisances sont étroits, incommodes; ils communiquent directement avec les salles; enfin le nombre des malades étant trop peu élevé dans chacune, pour qu'il ait été possible de leur affecter une religieuse, un infirmier et un veilleur spécial, ceux-ci sont continuellement obligés d'aller de l'une à l'autre, de sorte que le service est compliqué et imparfait, en même temps que la surveillance est insuffisante.

Tous ces inconvénients, déjà très-sensibles dans les quatre salles affectées soit aux maladies générales, soit aux maladies des yeux, sont portés à leur maximum dans celle des nourrices. Une partie des malades qu'elles reçoit venant forcément de la salle Sainte-Anne, cette crèche est, en réalité, une sorte d'annexe du service des accouchements; aussi devons-nous nous y arrêter un instant.

Elle contient huit lits de femmes et huit berceaux pour enfants de un jour à deux ans; ce qui, pour un cubage d'air de 375 mètres, donne 23 mètres cubes seulement par habitant. On y trouve réunis au hasard, d'une part, des enfants atteints le plus souvent d'affections contagieuses, ophthalmies purulentes, érysipèles ombilicaux, si ce sont des nouveau-nés; rougeole, scarlatine, diphterie, s'ils sont plus âgés; d'autre part, des femmes ayant des abcès des seins, des péritonites, des affections péri-utérines souvent en voie de suppuration, des écoulements vaginaux purulents. Les mères sont souvent trop souffrantes non-seulement pour allaiter leurs enfants, mais encore pour leur donner les soins nécessaires; aussi dépérissent-ils rapidement. L'air est continuellement vicié par les déjections des enfants, et quelquefois des nourrices; les lieux d'aisances ouvrent sans aucun intermédiaire sur la salle, et l'office n'en est séparée que par une cloison vitrée incomplète. Tel est le lieu où il faut *isoler* les nouvelles accouchées trop malades pour rester dans la salle commune et qui ne veulent pas se débarrasser de leur enfant.

Nous croyons inutile d'insister sur un pareil tableau. Du reste, tous les étrangers qui visitent l'hôpital sont frappés du contraste

qui existe entre les salles primitives et celles-ci. En passant des premières dans la seconde, leur œil et leur odorat sont désagréablement surpris. La suppression de la crèche actuelle et son remplacement par une installation conforme aux lois de l'hygiène est la plus nécessaire et la plus urgente des réformes du service des femmes en couches. Si l'on ne savait qu'en pareille matière, les choses les plus évidentes ont besoin d'être répétées pendant des années pour être reconnues telles, il y aurait lieu de s'étonner de voir subsister encore une pareille salle.

II

ORIGINES DE CETTE STATISTIQUE

Les matériaux qui nous ont servi à établir notre statistique sont :

1° Les registres annuels des entrées à l'hôpital Lariboisière; ils comprennent tous les malades admis dans les salles depuis leur ouverture jusqu'au 1er janvier 1879.

2° Un cahier de statistique administrative, commencé en 1872, dans lequel les employés du bureau doivent analyser les résultats des accouchements qui ont lieu chaque mois à l'hôpital.

3° Un registre établi par M. le Dr Siredey dès son arrivée dans la salle Sainte-Anne, le 1er janvier 1872. Ce registre, tenu par les élèves du service, a toujours été l'objet de ses soins; il est très-fréquemment vérifié, et le relevé des cas qu'il relate est fait par lui-même à la fin de chaque trimestre.

Nos informations sont donc extrêmement précises pour la période qui s'étend du 1er janvier 1872 au 1er janvier 1878, et l'on verra que nous n'avons à craindre, de ce côté, aucune cause d'erreur. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur les années précédentes sont forcément moins détaillés, nous avons tâché, cependant, de les rendre aussi exacts que possible dans leur ensemble.

Le *registre des entrées* comprend les noms de toutes les personnes qui ont été admises à l'hôpital, sans exception, quel que soit le temps qu'elles y aient séjourné; il est divisé par année et contient, pour chaque malade, les renseignements suivants :

1° N^{os} d'enregistrement — du bureau de l'hôpital, — du bureau central.

2° Nom;

3° Prénoms;

4° Age;

5° Profession;

6° Domicile — rue ou commune — n^{os} des rues — arrondissement ou département.

7° Lieu de naissance — commune — département.

8° État civil — garçon ou fille — marié ou veuf.

9° Nature de la maladie indiquée sur le billet d'admission.

10° Indication de la salle, du n° du lit.

11° Nature de la maladie reconnue par le médecin de l'hôpital et grandes opérations chirurgicales.

12° Dates : de l'entrée — de la sortie — du décès.

13 Durée du séjour.

14° Observations.

Les colonnes qui nous ont servi à faire notre relevé portent les numéros 9, 10, 11, 12 et 13.

Pour fixer le nombre des femmes accouchées chaque année dans la salle Sainte-Anne, nous nous sommes servi de la colonne 9, où l'on transcrit le nom de la maladie indiquée sur le billet d'admission. On sait que, d'une façon générale, cette indication n'a que peu de valeur. En pratique, elle sert uniquement à désigner le malade pour une salle de médecine, pour une salle de chirurgie ou pour une salle d'accouchements; mais, au point de vue où nous nous placions, cette indication était suffisante. De plus, la salle Sainte-Anne étant seule consacrée aux accouchements, la colonne 10, où l'on trouve le nom de la salle vers laquelle est dirigé chaque malade, nous fournissait un moyen de vérification facile et rapide. Cependant, une première difficulté se présentait ici. Pendant la journée, les femmes qui viennent à l'hôpital pour accoucher ne sont reçues qu'après avoir été examinées par l'interne de garde, et lorsque celui-ci a constaté que le travail est commencé. Pendant la nuit, au contraire, de minuit à huit heures du matin, toutes les femmes sont admises immédiatement, quitte à être renvoyées le

lendemain matin si l'accouchement n'est pas imminent, ou encore si le nombre des lits vacants dans la salle Sainte-Anne étant insuffisant, on est obligé de les placer chez les sages-femmes de l'hôpital. Il fallait donc, après avoir constaté chaque entrée dans la salle, vérifier, au moyen des colonnes 11 et 13, si elle avait été suivie d'un accouchement. C'est ce que nous avons fait. Chaque fois que nous avons trouvé, à la colonne 11, au lieu du diagnostic accouchement, suites de couches, accidents puerpéraux, etc., celui de grossesse, et, chaque fois que, en même temps, la colonne 13 ne mentionnait qu'un séjour de moins d'un jour, d'un seul jour ou de deux ou trois jours, nous savions que la patiente n'avait fait que passer dans la salle, sans y accoucher, et nous ne l'inscrivions pas.

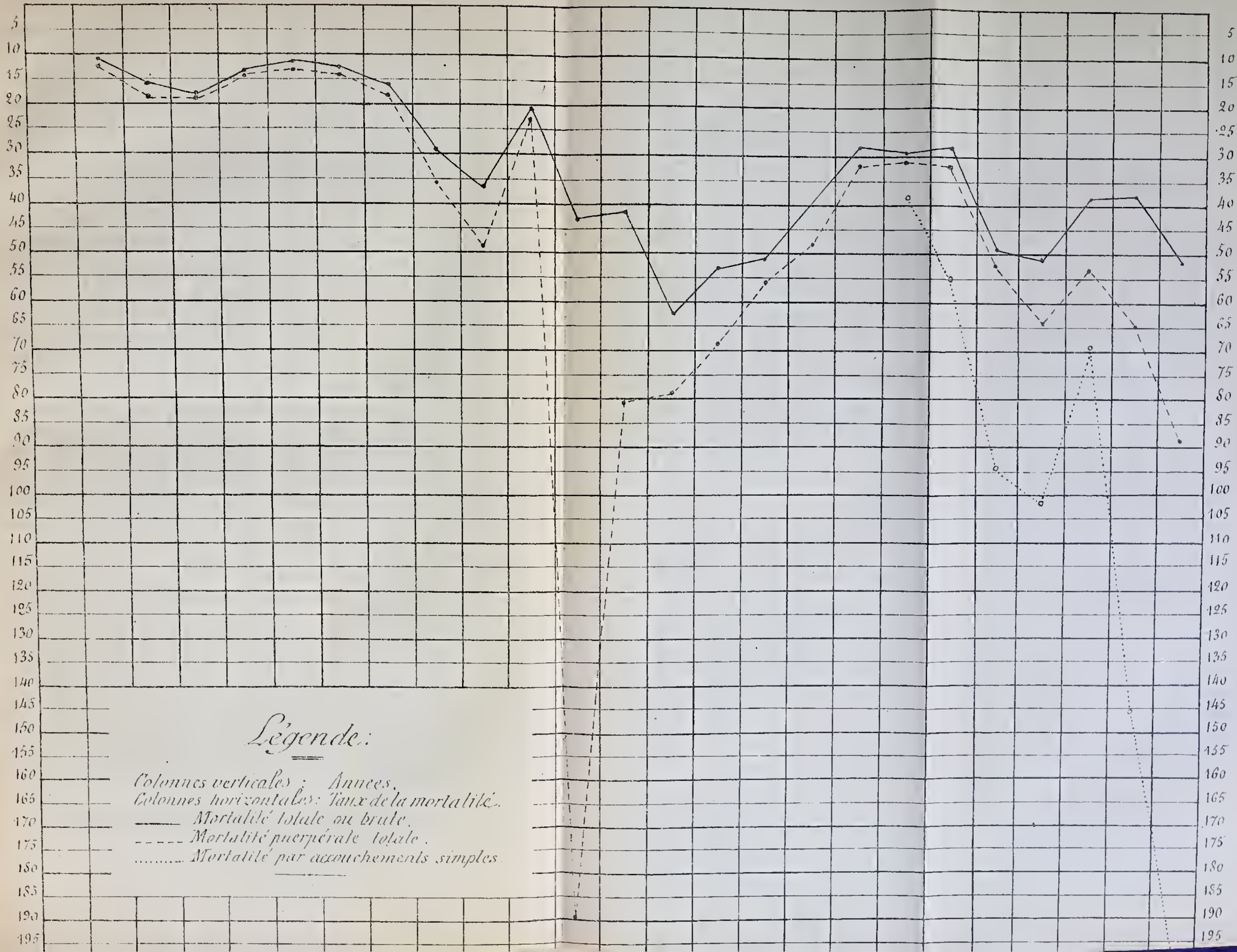
Une autre cause d'erreur, plus difficile à éviter, venait des changements de salles. Un certain nombre de malades ayant accouché dans la salle Sainte-Anne passent, au bout de quelques jours, dans une autre salle; ces femmes sont généralement changées en raison des accidents puerpéraux ou autres qu'elles présentent, et, dans un service bien organisé, elles fournissent la presque totalité des décès. Si on ne comptait, en effet, que des décès qui ont lieu dans la salle d'accouchement même, on pourrait rester plusieurs années sans avoir à enregistrer un seul cas de mort, et l'on se ferait de singulières illusions. Il était donc essentiel de n'oublier aucune de ces malades.

Nous nous sommes servi, pour arriver à ce résultat, de la colonne 10, qui donne presque toujours, et le nom de la salle où a été admise la malade, et celui de chaque salle où elle a passé ensuite. De plus, en parcourant la colonne 11, nous avons noté tous les diagnostics ayant quelque rapport avec les affections puerpérales, et, quand nous n'avons trouvé indiqué au point correspondant de la colonne 10 qu'une salle de médecine ou de chirurgie, pour plus de sûreté, nous avons pris le nom de la femme, et nous avons recherché, dans les registres des naissances et des morts-nés, s'il ne se trouvait pas, à la même date, de nom correspondant. Grâce à ces précautions, nous sommes certain de n'avoir omis aucune des femmes accouchées dans la salle Sainte-Anne.

Le sort définitif de ces femmes, qu'elles fussent toujours restées

2me Tableau _ Courbes de Mortalité.

1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878



dans la même salle ou qu'elles eussent passé dans un autre service au bout de quelques jours, nous était déjà indiqué sommairement par la colonne n° 12, portant les dates de la sortie ou du décès. Sur ce point, aucune vérification n'était nécessaire ; il est évident, en effet, que les employés de l'hôpital chargés de faire les actes de décès, de régler les convois, etc., ne peuvent laisser passer aucun cas de mort sans le noter sur le cahier, et, s'ils en omettaient un, l'état de population de l'hôpital, dressé chaque jour, au moyen du registre des entrées, de celui des sorties et de celui des décès, ferait bientôt reconnaître l'erreur.

Cependant il arrive que des femmes gravement malades quittent l'hôpital malgré les représentations du médecin et aillent mourir chez elles au bout de quelques jours. D'autres sortent un peu malades ou en apparence tout à fait rétablies, mais reviennent bientôt dans un autre service et succombent à des accidents éloignés. A la première cause d'erreur, nous n'avons rien à opposer ; mais on conviendra qu'elle est insignifiante ou du moins trop faible pour modifier beaucoup les résultats de notre statistique. Quant à la seconde, nous espérons l'avoir évitée ; en parcourant les colonnes n° 10 et n° 11, nous avons constaté qu'un certain nombre de femmes, entrées dans d'autres salles que celle des accouchements, étaient mortes d'accidents puerpéraux. Afin de savoir si ces femmes n'étaient pas sorties de la salle Sainte-Anne pour rentrer, quelques jours après, dans un autre service, nous avons cherché si leurs noms ne se retrouvaient pas sur les registres des naissances ou sur ceux des morts-nés ; les accidents survenus au-delà d'un mois après la parturition ne pouvant plus être considérés comme d'origine infectieuse, nous étendions, pour chaque cas, nos recherches à ce laps de temps. Lorsque nous ne trouvions rien, il était bien certain que la malade était accouchée au dehors et que son décès ne pouvait être attribué à l'influence nosocomiale. Au contraire, quand nous constations que la femme rentrée plus tard à l'hôpital avait récemment accouché dans la salle Sainte-Anne, nous la portions au passif de cette salle. Nous avons constaté un certain nombre de faits de ce genre.

La nature des accidents auxquels avaient succombé les malades

qu'elles fussent restées dans la salle Sainte-Anne, qu'elles eussent passé dans une autre salle et qu'elles fussent sorties de l'hôpital pour y rentrer au bout de peu de jours, ne pouvait nous être indiquée que par le contenu de la colonne n° 11. — Cette colonne porte pour entête : « *nature de la maladie reconnue par le médecin de l'hôpital et grandes opérations chirurgicales.* » Elle est remplie, dans le cas de sortie, en transcrivant les indications de la pancarte et du bulletin statistique de chaque malade; dans le cas de mort, on se sert du diagnostic inscrit sur l'acte de décès. On sait que ces actes doivent toujours être signés par le chef de service; ils sont donc généralement plus dignes de foi que les pancartes trop souvent remplies d'une façon banale, dérisoire ou intentionnellement inexacte. Cependant, ils ne contiennent que des indications sommaires sur la nature de la maladie, et la mention des opérations pratiquées à l'hôpital fait presque toujours défaut. Dans ces conditions, nous nous sommes bornés à diviser les décès en deux catégories, au point de vue de leur cause.

Dans la première, nous avons rangé tous ceux que nous étions en droit d'attribuer à des causes accidentelles : l'éclampsie, les hémorrhagies, les traumatismes incompatibles avec la vie, comme la déchirure de l'utérus, etc., enfin, toutes les maladies communes ou épidémiques qui peuvent sévir sur les femmes en couches aussi bien que sur toute autre classe d'individus ; par exemple la phtisie, les affections organiques du cœur, la fièvre typhoïde, le choléra.

Dans la deuxième catégorie, nous avons réuni tous les décès par affections puerpérales proprement dites. Nous y avons placé tous les cas sur lesquels nous avons trouvé les indications suivantes : péritonite puerpérale, métro-péritonite, phlegmon péri-utérin, lymphangite et adénite péri-utérine, fièvre puerpérale, infection purulente, infection putride, accidents puerpéraux, suites de couches, septicémie puerpérale, endocardite ulcéreuse, etc., que l'accouchement ait été simple, compliqué, ou, comme cela arrivait généralement, qu'il n'y eût rien de noté à ce point de vue.

Il était évidemment regrettable de confondre ainsi dans une même classe des cas aussi différents qu'un accouchement spon-

tané et un accouchement terminé grâce à une céphalothripsie ou une application de forceps, mais les matériaux dont nous disposions ne nous permettaient pas d'établir de distinction entre eux.

Chemin faisant, en parcourant tous ces registres, nous avons noté les femmes accouchées chaque année dans l'hôpital, hors de la salle Sainte-Anne, en indiquant, comme pour les premières, les morts par cause accidentelle ou par cause puerpérale.

En même temps, nous avons inscrit des femmes accouchées hors de l'hôpital et qui sont venues y mourir chaque année de suites de couches. Nous n'avions, pour cela, aucun travail nouveau à faire, ces cas s'offrant, pour ainsi dire, à nous dans la recherche des femmes accouchées à l'hôpital, sorties, puis rentrées et décédées dans une autre salle.

La distinction entre les accouchements prématurés et les accouchements à terme n'étant presque jamais faite, nous n'en avons tenu aucun compte dans les quelques cas où elle était indiquée.

En résumé, nous avons établi : 1° d'une façon certaine *le nombre de femmes accouchées chaque année dans la salle Sainte-Anne ;*

2° D'une façon certaine encore, sauf l'erreur insignifiante causée par les femmes qui ont quitté l'hôpital pour aller mourir chez elles, *le nombre des décès ;*

3° D'une façon probable, *le nombre des décès soit de cause accidentelle, soit de cause puerpérale proprement dite.*

En même temps nous avons noté :

Les accouchements pratiqués chaque année à l'hôpital, hors de la salle Sainte-Anne et leurs résultats au point de vue de la mort ou de la guérison de la mère.

Les décès des femmes accouchées au dehors et entrées à l'hôpital pour des affections puerpérales.

On trouvera peut-être bien longs et bien minutieux les détails dans lesquels nous sommes entré. Nous avons cru devoir faire connaître toutes les précautions dont nous nous sommes entouré, parce qu'elles sont la raison d'être et la justification de ce travail. Si nous avions voulu nous en tenir à l'indication sommaire du chiffre annuel des accouchements et des décès, nous aurions

pu nous en rapporter aux statistiques produites avant la nôtre ; or, c'est précisément pour les contrôler que nous avons entrepris ces recherches ; les difficultés que nous avons rencontrées dans une tâche en apparence aussi facile que d'aligner des chiffres pourront donner à penser que ce surcroît d'information n'était pas inutile.

Les résultats que nous avons obtenus sont réunis dans le tableau suivant :

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS dans la salle Ste-Anne	DÉCÈS par affections puerpérales	DÉCÈS par autres causes	ACCOUCHEMENTS dans les autres salles	DÉCÈS par affections puerpérales	DÉCÈS par autres causes.	ACCOUCHEMENTS au dehors	
							DÉCÈS par affections puerpérales	DÉCÈS par autres causes.
1854	46	0	1	118	1	3	5	1
1855	467	39	6	6	1	0	2	1
1856	522	29	4	9	0	0	6	0
1857	708	37	2	14	0	0	11	0
1858	593	42	2	7	4	0	5	0
1859	776	61	3	15	6	0	8	1
1860	652	47	2	37	3	0	20	0
1861	732	45	2	35	1	1	23	0
1862	716	20	4	21	0	0	24	2
1863	876	18	6	3	1	0	19	0
1864	919	39	7	2	1	0	23	0
1865	960	5	17	0	0	0	4	0
1866	813	10	9	2	0	0	3	1
1867	959	12	3	3	0	0	2	1
1868	1091	17	3	5	0	0	12	1
1869	1034	19	2	1	0	0	6	0
1870	944	20	4	2	0	0	15	2
1871	723	24	3	4	1	0	11	0

Pour la période qui s'étend du 1er janvier 1872 au 1er janvier 1879, nous n'avions qu'à consulter le cahier établi par M. le

Dr Siredey, dès son arrivée dans le service qu'il occupe encore aujourd'hui.

Ce cahier contient, pour chaque femme, les renseignements suivants :

1° Date de l'entrée, — mois, — jour.
2° Noms ;
3° Prénoms ;
4° Profession ;
5° Age ;
6° État civil ;
7° Grossesses antérieures, — à terme, — non à terme ;
8° Dernière menstruation ;
9° Accouchement, — date, à terme, — non à terme ;
10° Sexe de l'enfant ;
11° Poids de l'enfant, — à la naissance, — à la sortie ;
12° Observations ;
13° Date de la sortie, — mois, — jour.

Ces différentes colonnes sont remplies par les élèves de service. Pour les malades qui restent dans la salle, rien n'est plus simple ; il n'en est pas tout à fait de même de celles qui la quittent pour une cause quelconque. Si elles sont dirigées sur une autre salle dépendant du même service, il est facile de les suivre et de reporter sur le registre des accouchements la mention des accidents qui surviennent ; mais si elles passent dans un service différent, il est un peu plus difficile de savoir exactement ce qu'elles deviennent. Pour éviter qu'aucun cas de ce genre ne soit omis, M. Siredey fait toujours inscrire sur son registre, au moment du changement, le nom de la salle sur laquelle est dirigée la malade et il peut, dans presque tous les cas, avoir l'observation complète de chaque femme ; à défaut de celle-ci, il obtient toujours une note sommaire relatant les principaux symptômes présentés par la malade et les lésions constatées à l'autopsie s'il y a eu décès. De plus, il parcourt fréquemment la colonne consacrée aux dates de sortie, et quand il y trouve un vide, il prend le nom de la malade et finit toujours par savoir ce qu'elle est devenue, soit en la faisant rechercher dans les salles, soit en consultant les registres du bureau.

Grâce à l'obligeance de M. Siredey, qui a bien voulu nous confier ses registres, grâce au soin et à la persévérance qu'il a mis à recueillir les renseignements qu'ils contiennent, nous nous sommes trouvé en possession de matériaux d'une exactitude et d'une précision parfaites.

Nous avons donc pu fixer d'une manière rigoureusement exacte *le nombre d'accouchements faits chaque année depuis 1872 dans la salle Sainte-Anne, et le nombre de décès qu'ils ont entraînés.* Ce dernier chiffre est d'autant plus exact que l'on a non-seulement suivi toutes les malades passées dans les salles de l'hôpital, mais que l'on a encore cherché à connaître le sort des femmes parties chez elles malgré l'avis du médecin avant leur complète guérison. S'il y a une erreur, elle ne porte donc que sur quelques-unes de ces dernières et elle est, par conséquent, insignifiante.

Nous avons divisé les décès en trois classes : *1° Décès de cause accidentelle; 2° Décès de cause puerpérale consécutifs à des accouchements compliqués; 3° Décès de cause puerpérale à la suite d'accouchements simples.*

Sous le nom de causes accidentelles, nous désignons, comme dans la première partie de notre statistique, les accidents et les affections évidemment étrangers à toute influence infectieuse ou nosocomiale : éclampsie, hémorrhagie, perforations utérines, phtisie, choléra, etc.

Les accouchements compliqués sont tous ceux qui, pour une cause quelconque, ont nécessité une intervention chirurgicale; opérations telles que : céphalothripsie, embryotomie, application de forceps, version, introduction de la main, etc.; ceux ou la délivrance a été entravée par des adhérences du placenta, des hémorrhagies, de la tétanie utérine, etc.; ceux où la mère présentait, avant son entrée à l'hôpital, une affection de nature à entraver l'accouchement et à aggraver les suites de couches ; ceux enfin où un traitement intempestif fait hors de l'hôpital a changé les conditions d'un accouchement primitivement simple.

Nous avons rangé dans les accouchements simples tous ceux qui se sont terminés naturellement, quelle que fût d'ailleurs la présentation, la position, l'âge de la mère, etc.

Nous croyons inutile de justifier une pareille division. Quand on veut apprécier l'influence du séjour à l'hôpital sur la mortalité des femmes en couches, il est évident qu'il faut éliminer les décès dus à des causes éloignées ou prochaines indépendantes de l'accouchement.

Il nous paraît tout aussi nécessaire de distinguer les cas où la mort a suivi un traumatisme opératoire de ceux où elle survient après un accouchement simple et naturel.

Du reste, nous ne nous contenterons pas de donner en bloc les résultats de ces recherches pour ces sept dernières années. Nous avons relevé, sur les observations en possession de M. Siredey et sur ses registres, les causes de tous les décès survenus chaque année à la suite d'accouchements dans la salle Sainte-Anne. Nous reproduisons ces listes en marquant d'une astérisque (*) les cas que nous avons rangés dans la première catégorie, celle des décès de cause accidentelle, et d'un trait (—) ceux que nous avons placés dans la deuxième catégorie, celle des décès consécutifs aux accouchements compliqués. Les autres sont ceux où la mort est survenue à la suite d'un accouchement simple.

ANNÉE 1872.

Nombre d'accouchements, 896.
Mortalité totale, 31.
Décès de cause accidentelle, 1.
Décès par accouchements compliqués, 5.
Décès par accouchements simples, 25.

1. Péritonite puerpérale.
— 2. Femme sortie en bon état. — Coït le huitième jour après l'accouchement; elle rentre avec une péritonite plus traumatique que puerpérale, et meurt.
3. Péritonite.
4. Péritonite généralisée, érysipèle de la face.
— 5. Présentation du siège. — Anesthésie par le chloroforme; introduction des mains pour terminer l'accouchement, péritonite.
6. Vaste déchirure du périnée. — Péritonite.
— 7. Eclampsie. — Application de forceps, enfant mort-né. — Péritonite.
8. Déchirure du perinée. — Péritonite.
9. Péritonite.
10. Id.

11. Péritonite.
12. Id.
13. Id.
14. Id.
15. Id.
16. Id.
17. Id.
18. Id.
19. Id.
— 20. Inertie interne. — Application de forceps.
21. Péritonite.
22. Id.
23. Péritonite. — Présentation du siège.
* 24. Phtisie pulmonaire.
25. Péritonite.
26. Id.
27. Id.
28. Veines variqueuses enflammées avant l'accouchement. — Péritonite.
29. Péritonite.
— 30. Fœtus monstrueux. — Phlébite utérine.
31. Pleuro-pneumonie, infection purulente.

ANNÉE 1873.

Nombre d'accouchements, 947.
Mortalité totale, 34.
Décès de cause accidentelle, 6.
Décès par accouchements compliqués, 11.
Décès par accouchements simples, 17.

— 1. Application de forceps au détroit supérieur, mais sans rétrécissement. — Infection purulente.
— 2. Insertion vicieuse du placenta. — Hémorrhagies. — Application de forceps, enfant mort-né. — Femme morte chez elle.
3. Péritonite.
— 4. Quatre jours de travail. — Présentation de l'épaule. — Version, péritonite.
5. Présentation du siège. — Travail lent, enfant asphyxié, péritonite.
6. Présentation du siège, — pied-bots, spina bifida chez l'enfant, péritonite.
7. Péritonite, lésions cérébrales. — Probablement infection purulente.
8. Péritonite.
— 9. Délivrance difficile, introduction de la main pour détacher le placenta, péritonite.

* 10. Eclampsie. — Application de forceps, morte deux heures après son entrée
— 11. Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies répétées, la malade meurt exsangue. — Péritonite suppurée circonscrite.
* 12. Choléra.
* 13. Choléra.
* 14. Choléra.
* 15. Bronchite aiguë.
16. Péritonite.
17. Accouchement gémellaire, péritonite.
— 18. Présentation de la face, rétention d'une partie des membranes et de caillots. Introduction de la main, infection purulente.
— 19. Adhérences du placenta, introduction de la main, phénomènes uréiniques péritonite.
20. Péritonite.
— 21. Présentation de l'épaule, version, hémorrhagies après l'accouchement. — Tamponnement, mort.
22. Phlébite des veines des jambes. — Scepticémie.
— 23. Albuminurie, rétrécissement du bassin, céphalothripsie.
— 24. Rétrécissement de 0m07. — Applications infructueuses de forceps, céphalothripsie. — Péritonite.
25. Phlébite du bras. — Péritonite.
26. Péritonite.
27. Pyohémie, durée vingt-neuf jours.
28. Érysipèle de la vulve et des membres inférieurs, mort après quarante-deux jours.
29. Péritonite.
30. Id.
31. Id.
— 32. Hémorrhagies avant l'accouchement, tamponnement péritonite.
33. Péritonite.
* 34. Sept applications de forceps hors de l'hôpital et cinq à l'hôpital. — Déchirure complète et gangrène du périnée. Pas de lésions inflammatoires.

ANNÉE 1874.

Nombre d'accouchements, 848.
Mortalité totale, 18.
Décès de cause accidentelle, 2.
Décès par accouchements compliqués, 7
Décès par accouchements simples, 9.

1. Péritonite.
— 2. Grossesse gémellaire, version, péritonite.

3. Syphilis. — Enfant mort-né. — Péritonite.

— 4. Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies. — Présentation du siège, enfant mort-né, métro-péritonite.

— 5. Rétrécissement du bassin, céphalothripsie.

— 6. Adhérences du placenta, introduction de la main sans succès, lymphangite utérine.

— 7. Travail ayant duré deux jours, application de forceps, métro-péritonite.

8. Phlébite utérine, infection purulente.

9. Péritonite.

10. Lymphangite utérine, péritonite.

— 11. Pleuro-pneumonie caséeuse datant de six mois, mort trois jours après l'accouchement, phlébite et lymphangite utérine.

12. Péritonite, lympho-adenite.

13. Péritonite.

— 14. Présentation de la face, plusieurs applications de forceps, péritonite.

15. Péritonite.

* 16. Phtisie pulmonaire.

* 17. Rétrécissement du bassin. — Intervention chirurgicale hors de l'hôpital. — Déchirure de l'utérus.

18. Accouchement prématuré, péritonite et lymphangite.

ANNÉE 1875.

Nombre d'accouchements, 897.
Mortalité totale, 18.
Décès de cause accidentelle, 4.
Décès par accouchements compliqués, 6.
Décès par accouchements simples, 8.

1. Lymphangite utérine.

* 2. Reins syphilitiques, rétention du placenta.

— 3. Insuffisance mitrale, pleurésie droite, péritonite.

4. Lymphangite suppurée.

— 5. Travail ayant duré trois jours, application de forceps, déchirure du col, péritonite.

— 6. Rétention du placenta lymphangite et phlébiteutérine.

7. Péritonite.

8. Péritonite, lymphangite.

9. Péritonite, phlébite.

* 10. Rétrécissement du bassin, applications de forceps n'ayant réussi qu'à perforer l'utérus, céphalothripsie.

* 11. Pneumonie double tuberculeuse, pelvi-péritonite ancienne. Morte cachectique.

12. Péritonite, lymphangite.
13. Enfant mort-né, infection purulente.
— 14. Grossesse gémellaire. — La sage-femme en ville oublie le deuxième enfant et donne du seigle ergoté. — Présentation de l'épaule avec contraction du col, céphalothripsie, déchirure du còl.
* 15. Quatre tentatives de forceps, hydrocéphalie, déchirure de l'utérus.
— 16. Version, enfant mort-né, hémorrhagies après l'accouchement. — Phlébite.
— 17. Détroncation du fœtus chez une sage-femme, corps fibreux de l'utérus, — Péritonite.
18. Péritonite.

ANNÉE 1876.

Nombre d'accouchements, 899.
Mortalité totale, 25.
Décès de cause accidentelle, 8.
Décès par accouchements compliqués, 4.
Décès par accouchements simples, 13.

1. Péritonite, pneumonie, péricardite.
2. Péritonite.
* 3. Insertion vicieuse du placenta, tamponnement, version, mort d'hémorrhagie
* 4. Rétention du placenta. — Une sage-femme donne du seigle ergoté; mort deux heures après l'entrée à l'hôpital.
* 5. Présentation de la face, applications de forceps, éclampsie.
6. Infection purulente.
— 7. Présentation du siège, étroitesse de la vulve, débridement, gangrène de la vulve, péritonite.
8. Péritonite.
9. Id.
— 10. Hemorrhagies après l'accouchement, péritonite.
11. Enfant mort-né. — Syphilis, phlegmon du ligament large.
— 12. Présentation de l'épaule, tentatives chirurgicales chez une sage-femme. — Version sans liquide à l'hôpital, péritonite purulente.
13. Travail long. — Introduction de la main, placenta incomplétement decollé. Péritonite.
14. Péritonite.
15. Id.
* 16. Rétrécissement du bassin, application de forceps, perforation de l'utérus hors de l'hôpital.
17. Péritonite, lymphangite.
18. Id.

* 19. Néphrite aiguë.
20. Péritonite.
* 21. Fièvre typhoïde s'étant déclarée la veille du départ de la malade pour le Vésinet.
* 22. Insuffisance mitrale, apoplexie pulmonaire, lésions rénales.
23. Cas douteux, observation incomplète, pas d'autopsie.
24. Accouchement gémellaire, abcès de la paroi utérine.
* 25. Éclampsie.

ANNÉE 1877.

Nombre d'accouchements, 893.
Mortalité totale, 25.
Décès de cause accidentelle, 11.
Décès par accouchements compliqués, 8.
Décès par accouchements simples, 6.

1. Péritonite, arthrite suppurée, lymphangite utérine.
— 2. Application de forceps. — Gangrène du col, du vagin et de la vulve, péritonite.
3. Péritonite, lymphangite.
4. Préservation du siège, enfant aneucéphale, péritonite.
* 5. Syphilis, tuberculose, mort après cinquante-deux jours.
6. Mère hémiplégique, métro-péritonite.
— 7. Accouchement à sept mois, adhérence du placenta, hémorrhagies. Introduction de la main, infection putride.
8. Présentation du siège, péritonite.
— 9 . Rétrécissement du bassin, albuminurie, opération césarienne, *post mortem*, enfant mort.
10. Péritonite après une première couche. — Autopsie : pleurésie purulente, péritonite ancienne, rien de récent.
* 11. Éclampsie, albuminurie, hémorrhagie sous-arachnoïdienne.
— 12. Décollement incomplet du placenta, introduction de la main, péritonite.
— 13. Rétrécissement de 0^m 08, deux applications de forceps, érysipèle et gangrène de la vulve, pleurésie droite endocardite.
— 14. Cicatrices de brûlures. — Application de forceps, incision des brides cicatrielles qui empêchent le dégagement de la tête. — Gangrène de la vulve et du vagin, péritonite.
* 15. Procidence du bras droit, rétrécissement du bassin de 0_m 08 1/2, introduction des mains répétée, embryotomie, déchirure de l'utérus.
— 16. Rigidité du col, dilatation incomplète, craniotomie, lymphangite utérine, péritonite.

* 17. Accouchement dans la rue, phtisie, mort au bout de deux mois.

— 18. Accouchement clandestin, arrachement du cordon, hémorrhagies répétées, végétations de la vulve, déchirure du périnée, péritonite, phlébite utérine.

19. Infection purulente.

* 20. Éclampsie.

* 21. Hémorrhagies, insertion vicieuse du placenta, tamponnement, introduction de la main après l'expulsion du fœtus, morte exsangue.

* 22. Présentation du siège, retention du placenta, morte d'hémorrhagie.

* 23. Application de forceps. — Tuberculose, mort après un mois.

* 24. Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagie, version, délivrance artificielle, morte exsangue.

— 25. Présentation du siège, déchirure jusque et y compris le rectum, phlegmatia. — Pneumonie, péritonite.

ANNÉE 1878.

Nombre d'accouchements, 890.
Mortalité totale, 17.
Décès de cause accidentelle, 7.
Décès par accouchements compliqués, 5.
Décès par accouchements simples, 5.

1. Accouchement simple, phlébite utérine.

* 2. Tentatives de version au dehors, paroi antérieure du vagin emportée.

3. Endocardite ulcéreuse.

— 4. Enfant mort depuis un mois environ, accouchement au bureau d'admission, rétention du placenta pendant vingt-quatre heures, péritonite.

— 5. Malade envoyée à l'hôpital par une sage-femme, parce qu'elle avait de l'anasarque. — Albuminurie passagère, hémorrhagies multiples après l'accouchement, phlébite utérine.

— 6. Grossesse gémellaire, accouchement avant terme, introduction de la main dans l'utérus, péritonite.

— 7. Enfant mort-né, version, lymphangite utérine.

* 8. Insertion vicieuse du placenta, mort par hémorrhagie. Cette malade, accouchée dans la salle Sainte-Geneviève après quelques heures de séjour à la salle Sainte-Anne, pourrait être retranchée.

* 9. Inversion utérine après l'accouchement, hémorrhagie énorme, mort au bout de deux heures.

* 10. Adhérence du placenta, la malade meurt exsangue après trente-six heures.

11. Accouchement normal. — Angioleucite des seins, phlébite utérine.

12. Grossesse gémellaire, double presentation du siège, péritonite.

* 13. Hémorrhagies, insertion vicieuse du placenta, version, perforation utérine,

* 14. Accouchement normal. — Pneumonie double, néphite catarrhale après un refroidissement, pas de lésions utéro-péritoniales.

— 15. Rachitisme, rétrécissement antéro-postérieur de 0^m 04 1/2, embryotomie, l'opération dure trois heures, péritonite.

16. Accouchement simple, phlébite utérine.

* 17. Insertion vicieuse du placenta, mort par hémorrhagie.

Ces listes sont résumées dans le tableau suivant :

ANNÉES	NOMBRE d'ACCOUCHEMENTS par an	TOTAL des DÉCÈS	DÉCÈS par ACCIDENT	DÉCÈS par ACCOUCHEMENTS compliqués	DÉCÈS par ACCOUCHEMENTS simples
1872	896	31	1	5	25
1873	947	34	6	11	17
1874	848	18	2	7	9
1875	897	18	4	6	8
1876	899	25	8	4	13
1877	893	25	11	8	6
1878	890	17	7	5	5

Les renseignements fournis par le cahier de M. Siredey étant, ainsi que nous l'avons montré, d'une exactitude rigoureuse, nous n'avions nul besoin de les contrôler.

Cependant, sachant que, d'après les instructions de la direction de l'Assistance publique, les employés de l'hôpital tenaient registre depuis 1872, de tous les accidents puerpéraux survenus à Lariboisière, nous avons voulu connaître le résultat de leur travail.

Le cahier de statistique administrative des accouchements a plusieurs fois changé de forme.

Pour les années 1872 et 1873, il contient les indications suivantes :

ANNÉES.	MOIS.	Nombre de Femmes accouchées — Registre de naissances	Nombre de Femmes accouchées — Registre des morts-nés	Décès — par maladies puerpérales	Décès — par autres causes	OBSERVATIONS
TOTAUX EN 1872			988	42	1	
1873			914	37	10	

En 1874, ce cahier a subi une première modification dans sa forme. Voici les résultats qu'il indique :

MOIS	Nombre d'accouchements à l'Hôpital — Naissances	Nombre d'accouchements à l'Hôpital — Morts-nés	Décès des accouchées à l'Hôpital — Maladies puerpérales	Décès des accouchées à l'Hôpital — Autres causes	Décès par suite de couches de femmes non accouchées à l'hôpital — Maladies puerpérales	Décès par suite de couches de femmes non accouchées à l'hôpital — Autres causes	OBSERVATIONS NATURE DE LA MALADIE
	835	»	16	1	11	2	

En 1875, il a de nouveau été perfectionné de la façon suivante :

Années	Mois	Nos d'ordre	Nombre d'accidents à l'hôpital. — Livre des naissances	Nombre d'accidents à l'hôpital. — Morts-nés	Décès — grossesses simples — Fièvre puerpérale	Décès — grossesses simples — Autres causes	Décès — grossesses compliquées — Fièvre puerpérale	Décès — grossesses compliquées — Autres causes	Décès des femmes admises après tentatives infructueuses d'accouchement	Décès des femmes non accouchées à l'hôpital	OBSERVATIONS diagnostiques
1875	»	»	857	71	10	6	»	»	»	10	»
1876	»	»	852	72	11	1	2	»	2	15	»
1877	»	»	863	69	6	7	»	1	1	9	»
1878 1er semestre	»	»	405	33	4	0	»	1	»	4	»

Le premier modèle, celui qui a été suivi en 1872 et 1873, et qui avait servi pour toutes les statistiques antérieures, est manifestement défectueux. Il n'établit aucune distinction pour les décès entre les femmes accouchées à l'hôpital et celles qui sont accouchées au dehors. Aussi, ne nous arrêterons-nous pas à discuter les résultats de l'enquête administrative pour ces années.

Les diverses têtes de colonnes adoptées en 1874, puis en 1875, sont beaucoup mieux établies ; elles séparent d'abord les décès des femmes venues du dehors de ceux des femmes accouchées dans la salle Sainte-Anne ; puis, parmi ces derniers, elles distinguent les grossesses simples des grossesses compliquées. Dans tous les cas, elles placent d'un côté les décès de cause puerpérale ; de l'autre, les décès de cause accidentelle. C'est précisément la classification que nous avons cru devoir adopter dans nos recherches.

Mais si le cadre est bon, que dire des chiffres qui viennent remplir ses colonnes ? Constamment ils sont en désaccord avec ceux de nos propres recherches, et pour le nombre des accouchements, et pour celui des décés.

La différence des totaux annuels des accouchements dans les deux statistiques peut encore s'expliquer. Nous avons obtenu ce total en comptant directement tous les cas notés dans les cahiers de M. Siredey ; au contraire, les employés de l'hôpital ont additionné la somme des cas relevés dans le registre des morts-nés et celle des cas notés dans le registre des naissances. Il n'ont tenu compte ainsi ni des naissances gémellaires indiquées d'une façon irrégulière et incidente, ni de la distinction entre les accouchements survenus soit dans la salle Sainte-Anne, soit dans les autres salles, ni enfin des cas où,la naissance ayant précédé de peu d'heures l'entrée à l'hôpital, les femmes ont été, bien que déjà accouchées, transportées dans la salle Sainte-Anne. Du reste, l'écart est peu important entre les deux tableaux.

Quant au nombre des décès, il serait, d'après la statistique administrative :

De 17, en 1874 ;
De 16, en 1875 ;
De 16, encore en 1876 ;

De 13, en 1877 ;

Et de 5, pendant le premier trimestre de 1878 ;

Nos chiffres, pour les années correspondantes, sont :

18	au lieu de	17 ;
18	—	16 ;
25	—	16 ;
25	—	13 ;
et 10	—	5.

Comment expliquer cette différence constante. Avons-nous ajouté à dessein des cas malheureux à notre statistique, ou bien un certain nombre de ces cas, dont nous possédons toutes les observations, ont-ils été omis dans les recherches administratives? La réponse n'est pas douteuse, et, d'ailleurs, n'avons-nous pas établi l'exactitude rigoureuse des renseignements fournis par M. Siredey ? Il faut donc rejeter, comme incomplets, les résultats de la statistique de l'hôpital. Son inexactitude ne surprendra personne, si l'on réfléchit qu'elle est faite, sans intérêt, d'une façon machinale, par des employés étrangers à la médecine et, le plus souvent, fort peu au courant de la valeur des termes qu'ils ont à classer. Il nous sera peut-être permis d'ajouter que cet exemple d'erreur flagrante et considérable montre le peu de valeur de ces grandes enquêtes, où des milliers de faits sont accumulés et soit-disant analysés.

Cependant, même dans cette statistique incomplète, nous avons remarqué le nombre considérable de décès signalés dans les salles de l'hôpital, parmi les femmes accouchées au dehors. Les chiffres indiqués sont :

En 1874, 13 décès ;
— 1875, 10 —
— 1876, 15 —
— 1877, 9 —
— 1878, 8 —

De plus, pour les années 1872 et 1873, la différence entre nos chiffres et ceux de l'administration doit vraisemblablement être attribuée, en grande partie, à cette même classe de malades confondue alors avec les femmes accouchées dans l'hôpital.

Nous aurions donc à peu près ;

En 1872, 43 — 31 = 12 décès de cause extérieure;
En 1873, 47 — 34 = 13 décès de cause extérieure.

Ces chiffres, qui ne peuvent être inexacts que par omission, joints à ceux que nous avons relevés dans les dernières colonnes de la première partie de notre statistique (page 22), donnent une idée de l'erreur où on est tombé en attribuant à l'influence nosocomiale tous les décès puerpéraux survenus à l'hôpital.

Trop longtemps, un grand nombre de cas malheureux ont été portés au passif des hôpitaux, alors qu'ils appartenaient, en réalité, à celui des sages-femmes ou des bureaux de bienfaisance. C'est là une des grandes causes de l'antagonisme beaucoup trop marqué que l'on a voulu établir entre la mortalité des femmes accouchées dans l'un ou l'autre de ces milieux.

En faisant nos recherches, nous nous sommes demandé s'il n'était pas aussi inexact de faire entrer dans le compte de la mortalité à l'hôpital les décès des femmes amenées dans les salles après avoir subi au dehors des opérations chirurgicales plus ou moins graves et plus ou moins justifiées. En bonne justice, ces cas, auxquels l'administration consacre, depuis 1875, une colonne spéciale de son relevé devraient être attribués aux médecins ou aux sages-femmes de la ville. Nous les avons cependant comptés, parce qu'on peut admettre que, même après un traumatisme grave, l'hôpital a pu exercer une influence défavorable sur la marche des accidents chez quelques malades. Entre deux hypothèses plausibles, nous avons adopté la plus défavorable à notre thèse, suivant la règle constante que nous nous étions imposée.

Nous reviendrons, du reste, dans l'examen de ces chiffres, sur les résultats des statistiques administratives et sur la prétendue innocuité des accouchements pratiqués chez les sages-femmes de l'administration.

III

RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES

Nous résumons sous forme de tableaux et de courbes les résultats des recherches que nous venons d'exposer.

Dans chaque tableau, nous indiquons : 1° le nombre total d'accouchements par année ; 2° le nombre total des décès de toutes causes ; 3° le nombre total des décès de cause puerpérale ; 4° à partir de 1872, le nombre des décès consécutifs aux accouchements simples.

A côté de ces chiffres, nous avons inscrit le rapport du nombre des décès de chaque catégorie au nombre des accouchements. Nous avons calculé ce rapport de deux manières : 1° En établissant le nombre d'accouchements correspondant à un cas de mort : 1 décès pour 10, 20, 100 accouchements ; 2° En cherchant combien il y a eu de morts pour 100 accouchements ; 1, 2, 3, 10 décès pour 100 accouchements. Cette double indication permettra de comparer facilement notre statistique à celles où l'on a adopté soit l'une, soit l'autre de ces proportions.

Lorsque nous avons calculé la mortalité puerpérale totale et la mortalité puerpérale par accouchements simples, il nous a paru juste de retrancher du nombre des accouchements les cas que

nous retranchions de la somme des décès. Par exemple, en 1877, il y a eu 893 accouchements et 25 décès en tout. 11 de ces décès étant accidentels et 15 seulement puerpéraux, nous avons obtenu le chiffre de la mortalité puerpérale en divisant 893 — 11 par 25 — 11, soit 882 : 14 = 1 décès pour 63 accouchements.

Dans presque tous les cas, nous avons obtenu plusieurs chiffres décimaux ; nous n'en avons jamais inscrit qu'un seul pour ne pas compliquer nos colonnes en les surchargeant de fractions insignifiantes. Cependant nous avons toujours calculé les centièmes, et, quand le deuxième chiffre décimal a été trouvé supérieur à 5, nous avons forcé de 1 celui des dixièmes. Nous avons ainsi réduit l'erreur à un demi-dixième, au maximum, tout en ne prenant qu'une seule décimale.

Le *premier tableau*, divisé en trois parties, indique le nombre d'accouchements pratiqués chaque année dans la salle Sainte-Anne;

Le nombre total des décès survenus chaque année ;

Le nombre total des décès de cause puerpérale ;

Le nombre des décès par accouchements simples seulement, depuis 1872 ;

La mortalité correspondante, calculée pour chaque classe à 1 décès pour x accouchements, et à x décès pour 100 accouchements.

Le *deuxième tableau* est la transcription graphique du précédent ; il contient la courbe de la mortalité totale ;

Celle de la mortalité puerpérale ;

Celle de la mortalité par accouchements simples, depuis 1872.

Le *troisième tableau* est consacré aux cas de mort dont nous avons eu connaissance chez les femmes accouchées au dehors et entrées malades des suites de couches dans l'hôpital.

PREMIER TABLEAU

ANNÉES	Nombre d'accouchements par an dans la salle Sainte-Anne	Nombre total de décès pour chaque année	Mortalité générale		Nombre de décès de cause puerpérale pour chaque année	MORTALITÉ PUERPÉRALE TOTALE		Nomb. de décès puerpéraux consécutifs aux accouch. simples	MORTALITÉ PUERPÉRALE SIMPLE	
			Calculée à 1 décès pour x accouchements	Calculée à x décès pour 100 accouchements		Calculée à 1 décès pour x accouchements	Calculée à x décès pour 100 accouchements		Calculée à 1 décès pour x accouchements	Calculée à x décès pour 100 accouchements
1854	46	1	1 p^r 46		0	1 p^r 0	0 0/0			
1855	467	45	10.4	9.6 0/0	39	11.8	8.4			
1856	522	33	15.8	6.3	29	17.9	5.6			
1857	708	39	18.5	5.5	37	19.1	5.2			
1858	593	44	13.5	7.4	42	14.1	7.1			
1859	776	64	12.1	8.2	61	12.7	7.9			
1860	652	49	13.3	7.7	47	13.8	7.2			
1861	732	47	15.6	6.4	45	16.1	6.1			
1862	716	24	29.8	3.4	20	35.6	2.8			
1863	876	24	36.5	2.7	18	48.3	2.1			
1864	919	46	20.0	5.0	39	23.4	4.3			
1865	960	22	43.6	2.3	5	188.6	0.5			
1866	813	19	42.9	2.4	10	80.4	1.2			
1867	959	15	63.9	1.6	12	79.6	1.2			
1868	1091	20	54.5	1.8	17	64.0	1.5			
1869	1034	21	49.2	2.0	19	54.3	1.8			
1870	944	24	39.2	2.5	20	47.0	2.1			
1871	723	27	26.9	3.7	24	30.0	3.3			
1872	896	31	28.9	3.4	30	29.8	3.3	25	1 p^r 35.4	2.9 0/0
1873	947	34	27.8	3.6	28	33.6	3.0	17	54.7	1.8
1874	848	18	47.1	2.1	16	52.9	1.9	9	93.2	1.1
1875	897	18	49.8	2.0	14	63.8	1.6	8	110.9	0.9
1876	899	25	35.9	2.8	17	52.4	1.9	13	68.2	1.5
1877	893	25	1 p^r 35.8	2.8 0/0	14	1 p^r 63.0	1.6 0/0	6	1 p^r 145.7	0.7 0/0
1878	890	17	52.3	1.9	10	88.3	0.9	5	199.6	0.5

Ce tableau résume la statistique des accouchements pratiqués à l'hôpital Lariboisière, dans la salle Sainte-Anne, depuis l'ouverture de l'hôpital, le 21 août 1854, jusqu'au 31 décembre 1877.

La première section est consacrée à la mortalité générale ou brute; elle comprend tous les cas de mort sans exception.

La deuxième section comprend tous les cas de mort par accidents dus à l'accouchement, ou par affections puerpérales.

La troisième section est réservée aux décès par accouchements simples non compliqués; elle exprime la mortalité puerpérale vraie, et peut seule servir, à apprécier l'influence du milieu nosocomial.

TROISIÈME TABLEAU

Décès des femmes accouchées au dehors et amenées à l'hôpital après quelques jours.

ANNÉES	TOTAL des DÉCÈS	DÉCÈS de causes accidentelles	ANNÉES	TOTAL des DÉCÈS	DÉCÈS de causes accidentelles
1854	6	1	1867	3	1
1855	3	1	1868	13	1
1856	6	0	1869	6	0
1857	11	0	1870	17	2
1858	5	0	1871	11	0
1859	9	1	1872	12	0
1860	20	0	1873	13	0
1861	23	0	1874	17	2
1862	26	2	1875	10	0
1863	19	0	1876	15	0
1864	23	0	1877	9	0
1865		0	1878	4	0
1866	4	I	1er trimest.		

IV

EXAMEN DE CETTE STATISTIQUE

En jetant un coup d'œil sur le tableau n° 1 et sur les courbes qui le traduisent, on est frappé de deux choses : le chiffre élevé de la mortalité brute et de la mortalité puerpérale totale; les variations que présente cette mortalité suivant les années.

Le chiffre élevé de la mortalité brute, la seule que l'on ait l'habitude d'envisager, ne surprendra probablement personne. Les travaux de MM. Tarnier, Malgaigne, Lefort ont démontré depuis longtemps que le nombre des décès est considérable dans les services d'accouchement des hôpitaux de Paris; notre statistique n'infirme pas ce résultat, et cependant nous croyons devoir présenter à ce sujet un certain nombre de restrictions.

Nos tables de mortalité mentionnent, pour l'année 1854, dans le courant de laquelle fut ouvert l'hôpital Lariboisière, 46 accouchements seulement pour la salle Sainte-Anne, et 118 pour les autres salles. Durant une partie au moins de cette fraction d'année, il n'y a donc pas eu de salle spéciale d'accouchements, aussi notre statistique ne commence-t-elle en réalité qu'en 1855.

Pendant cette première année, dans un hôpital entièrement neuf, construit dans des conditions exceptionnellement bonnes, suivant les principales règles de l'hygiène, la mortalité brute a été de 1 femme pour 10,4 accouchées, et la mortalité puerpérale de 1 femme pour 11,8 accouchées. Jamais ces chiffres véritablement effrayants n'ont été dépassés, ni même atteints dans la même salle pour des femmes couchées dans les mêmes lits. Ce-

pendant, nous le demandons, est-il possible d'admettre que cette influence nosocomiale qu'on accuse, qu'on poursuit sans cesse, exerce son maximum d'action dans un hôpital entièrement neuf? Est-il vraisemblable que ces miasmes d'où viendrait tout le mal soient d'autant moins actifs que l'hôpital est devenu plus vieux et s'est plus imprégné des émanations des malades? C'est cependant ce que semblerait indiquer notre courbe descendante dans son ensemble de 1855 à 1878. Ces faits indiquent que la réunion d'un certain nombre d'accouchées dans un espace restreint et le milieu créé par cette accumulation ne sont pas les seules causes de l'élévation de la mortalité dans les salles de femmes en couches des hôpitaux.

D'une façon générale, si cette mortalité est si considérable, c'est qu'elle résulte de plusieurs, facteurs parmi lesquels le mode de recrutement de la population des salles joue le plus grand rôle. Examinons, en effet, comment les femmes arrivent dans les salles d'accouchement des hôpitaux.

Celles qui se présentent dans la journée sont examinées et touchées par l'interne de garde qui, suivant que le travail est commencé ou non, les admet ou les ajourne; celles qui arrivent pendant la nuit sont envoyées provisoirement dans la salle spéciale pour être examinées le lendemain matin si l'accouchement n'a pas eu lieu dans l'intervalle et renvoyées si un commencement de travail ne s'est pas déclaré. Les femmes vues, soit dans le courant de la journée, soit à la visite du matin, sont-elles bien portantes, bien conformées, paraissent-elles se trouver à tous égards dans de bonnes conditions? elles sont réparties, suivant le nombre des lits vacants, entre les sages-femmes de l'administration voisines de l'hôpital et l'hôpital lui-même. Sont-elles, au contraire, mal conformées, offrent-elles une affection grave, indépendante de la grossesse, ont-elles eu des accouchements antérieurs laborieux ou une grossesse pénible, trouve-t-on chez elles les traces d'une péritonite ancienne ou d'une phlébite écente? immédiatement on les dirige sur la salle de l'hôpital, ou on les y garde si elles y étaient déjà.

Les choses se passent ainsi depuis que l'administration a dé-

signé un certain nombre de sages-femmes pour recevoir les femmes qui ne peuvent rester à l'hôpital. Il est certain que, sauf quelques détails administratifs, il en était de même autrefois. Il y a vingt ans, la population indigente de Paris était sensiblement la même qu'aujourd'hui, le nombre des lits n'a pas varié, il fallait donc, alors comme à présent, faire un choix dans l'excédant de malades qui ne pouvaient trouver place à l'hôpital, et, autrefois comme en ce moment, il fallait garder celles dont l'accouchement semblait devoir être le plus difficile.

Ce n'est pas tout ; les sages-femmes des bureaux de bienfaisance ou de l'hôpital trouvent-elles, en examinant les malades qui leur sont confiées, un cas qu'elles jugent difficile? elles envoient la femme à l'hôpital s'il en est temps encore. S'il est trop tard, si le travail est déjà trop avancé pour que le transport soit possible, elles interviennent d'une façon trop souvent intempestive, et, lorsqu'elles n'ont réussi qu'à fatiguer inutilement la patiente ; quand, excitées par des résistances qu'elles ne savent pas vaincre, elles ont causé des désordres irrémédiables, elles sont encore obligées d'envoyer ces femmes à l'hôpital.

Les services d'accouchement des hôpitaux généraux deviennent ainsi le réceptacle de tous les mauvais cas que l'on veut éviter d'envoyer chez les sages-femmes, ou que celles-ci ne sont pas curieuses de garder chez elles. Faut-il s'étonner, dès lors, que la mortalité y soit toujours si considérable? Nous ne le pensons pas. En réalité, les décès consécutifs à ces accouchements compliqués que l'on accumule ainsi dans un même lieu, devraient être proportionnellement répartis entre l'hôpital et les différentes classes de sages-femmes et de médecins qui les fournissent, au lieu d'être exclusivement attribués au premier. Cette répartition serait bien difficile à faire, nous l'accordons ; et, cependant, s'il est convenu que tous les accouchements difficiles iront à l'hôpital, tandis que les sages-femmes ne garderont que les cas simples, il devient impossible de comparer les résultats obtenus dans les deux cas.

Pour éviter cette cause d'erreur, il faut calculer la mortalité consécutive aux accouchements simples, seulement en laissant de côté les accidents et les accouchements difficiles aussi bien à l'hô-

pital qu'en ville ou chez les sages-femmes. On comparera ainsi des cas véritablement comparables entre eux, avec cette restriction cependant que les femmes saines accouchées à l'hôpital se trouvent dans un milieu souillé par les mauvais cas venus du dehors, tandis que les femmes accouchées au dehors sont dans un milieu purifié par l'élimination de tous les cas défavorables.

Nous n'avons pu, pour les premières années de notre statistique, calculer cette mortalité par accouchements simples à laquelle nous attachons une importance capitale, mais nos renseignements nous permettaient de la déterminer avec certitude à partir de 1872. Si l'on suit sur notre tableau numéro 2, la troisième courbe consacrée à cette mortalité, on verra que, d'une façon générale, elle est beaucoup moins élevée que sur celle de la mortalité brute et celle de la mortalité puerpérale totale par accouchements simples ou compliqués réunis.

Cette troisième courbe, qui est pour nous l'unique expression de la mortalité causée par le milieu nosocomial, indique des chiffres bien différents de ceux qui ont été produits par nos devanciers. Nos résultats se rapprochent déjà beaucoup de ceux qui ont été donnés pour la mortalité hors de l'hôpital. Nous allons voir que, si ces derniers étaient exacts, ils arriveraient à ressembler encore plus aux nôtres.

En effet, si nous comparons les indications de notre tableau numéro 3, consacré aux décès des femmes accouchées au dehors à celles des recherches administratives sur les accouchements chez les sages-femmes des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, nous arrivons à des résultats singuliers.

La statistique administrative donne les résultats suivants pour les neuf années comprises entre 1866 et 1876 :

1° Accouchements chez les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, 93,000, — décès 278; mortalité 0,29 pour 100.

2° Accouchements chez les sages-femmes des hôpitaux, 11,359; décès 46 ; mortalité 0,40 pour 100.

3° Accouchements dans les hôpitaux 58,061, — décès 2,626; mortalité 3,90 pour 100.

Soit, en somme, 324 décès pour les accouchements chez les

sages-femmes des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance réunies. En additionnant les décès que nous trouvons indiqués sur notre tableau pour ces mêmes années comprises entre 1866 et 1876,nous arrivons au total de 98.

Ces 98 cas font très-probablement partie des 324 décès comptés par l'administration. Les femmes accouchées au dehors, qui viennent au bout de peu de jours à l'hôpital, doivent être pour la plupart,les clientes des bureaux de bienfaisance ou des sages-femmes des hôpitaux; autrement dit, nous pensons qu'une personne qui a fait les frais d'un médecin ou d'une sage-femme particulière, ne vient que bien rarement, si elle est malade de suites de couches, demander un lit à l'hôpital.

Comment expliquer, dès lors, que plus d'un quart des femmes mortes après avoir été accouchées par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance et des hôpitaux dans Paris tout entier, se soient, pendant neuf ans, donné rendez-vous dans les salles de Lariboisière. La constatation d'un fait si étrange, n'équivaut pas sans doute à la démonstration directe d'une erreur matérielle dans les résultats que nous attaquons, mais elle est au moins propre à éveiller de justes soupçons.

Prenons un autre exemple. Sur le tableau de placement des accouchées, dressé par les soins de l'administration, nous trouvons, pour l'année 1875, les chiffres suivants : 2,063 femmes ont été envoyées chez les sages-femmes des hôpitaux, et il y aurait eu *un* décès seulement. Ainsi, sur 2,063 accouchements, il n'y a eu qu'une mort, soit par éclampsie, soit par péritonite, soit à la suite d'une opération obstétricale, soit par le fait d'une maladie intercurrente ou antérieure à la parturition, tandis que, à l'hôpital Lariboisière, il y a eu, pendant la même année 1875, pour un total de 899 femmes, 10 décès par accident ou par complications indépendantes de toute influence nosocomiale. Mais avouons que cet unique cas défavorable, venant seul et comme par grâce troubler une si belle ordonnance, ne nous dit rien qui vaille. Un pareil résultat dépasse toute mesure; en voulant trop prouver, il ne prouve plus rien et ne convainc personne. D'ailleurs, ne savons-nous pas que, pendant cette même année 1875, 10 femmes accouchées au dehors

sont venues mourir de suites de couches dans les salles de Lariboisière? Nous avons cherché à savoir combien, parmi ces 10 femmes, venaient réellement de chez les sages-femmes de l'hôpital; nous avons consulté, dans ce but, les registres d'entrée et de sortie; relu les bulletins d'admission originaux, sans trouver aucune indication de nature à nous permettre de produire un chiffre précis. Cependant, nous croyons pouvoir affirmer l'erreur, d'autant plus que nous en connaissons les causes.

Il est bien facile, en effet, de savoir pourquoi la statistique des sages-femmes des hôpitaux est toujours si favorable. Nous avons déjà dit qu'elles ne reçoivent presque jamais que des femmes saines et bien conformées, et que, s'il survient quelque complication avant ou pendant l'accouchement, elles envoient le plus souvent la malade à l'hôpital. C'est une première et importante cause de diminution du nombre des décès; mais ce n'est pas tout. Les sages-femmes reçoivent de l'administration une somme fixe pour leurs soins pendant et après l'accouchement; cette somme ne varie pas suivant le nombre de jours que les femmes passent chez elles. Leur intérêt est donc de laisser ou de faire partir leurs accouchées au bout des neuf jours fatidiques, qu'elles soient rétablies ou non. Cependant, plusieurs de ces femmes, assez bien portantes en apparence pour sortir et toujours désireuses de rentrer chez elles au terme fixé par une routine absurde, sont atteintes plus tard d'accidents assez graves pour entraîner la mort.

A l'hôpital, elles sont retenues autant que possible, et si, malgré une surveillance attentive, elles deviennent gravement malades et succombent, leur décès est porté avec raison au passif des services d'accouchement. Chez les sages-femmes, au contraire, ces femmes, bien plus libres, rentrent trop souvent chez elles quand elles le désirent, ne reçoivent plus alors aucun soin, et meurent quelquefois, soit chez elles, soit même à l'hôpital, où elles sont venues se présenter sans que jamais leur décès soit imputé aux sages-femmes où elles ont accouché.

Il y a mieux encore, les sages-femmes des hôpitaux ont, comme tout praticien, un intérêt évident à ne compter aux yeux du public

que des succès, et elles savent s'arranger en conséquence. Une femme qui est accouchée naturellement tombe-t-elle malade au bout de quelques jours, elles s'empressent de la renvoyer à l'hôpital, tout comme celles qui leur paraissaient dans de mauvaises conditions pour accoucher et celles dont elles n'avaient pu terminer l'accouchement. Ces femmes, auxquelles un pareil transport ne peut que nuire, arrivent souvent à l'hôpital dans l'état le plus déplorable, et il n'est pas rare de les voir mourir quelques heures après leur admission dans les salles. Cependant leur décès n'est jamais attribué à la sage-femme, heureux si l'on en n'accuse pas l'influence nosocomiale.

Ces faits, nous en sommes persuadé, sont bien connus de tous nos maîtres dans les hôpitaux ; nous les avons observés bien souvent, et, pour n'en citer qu'un exemple, nous pourrions relater ici les observations de deux femmes amenées le même jour à l'hôpital Lariboisière dans le courant du mois de juillet 1878. Ces deux femmes, accouchées chez une sage-femme de l'hôpital, dont nous connaissons le nom, mouraient de métro-péritonite : l'une le jour même de son entrée à l'hôpital, l'autre le lendemain, dans le service de M. le professeur Jaccoud. Pendant la même année, nous avons pu recueillir, dans le seul hôpital Lariboisière, sept cas du même genre, et cependant, malgré notre vigilance, il a pu nous en échapper quelques-uns. On peut juger des résultats que donnerait une pareille enquête, si elle était pratiquée dans tous les hôpitaux.

Grâce à ces procédés, les sages-femmes évitent constamment les insuccès pour n'enregistrer que les succès; leur réputation et leur clientèle profitent de ce bonheur ininterrompu, et la statistique arrive à enregistrer un décès pour 2,063 accouchements, résultat d'autant plus merveilleux que le public ne sait pas comment il a été obtenu. Il nous serait facile de produire des résultats aussi brillants et aussi inexacts en ne notant à notre passif que les décès survenus dans la salle Sainte-Anne. Toutes les femmes malades étant placées dans les autres services, nous nous trouverions dans les mêmes conditions que les sages-femmes des hôpitaux, et nous aurions les mêmes résultats.

Il est bien probable que, si les chiffres de l'administration comprenaient :

1° Le décès des femmes qui accouchent à l'hôpital après avoir subi des manœuvres plus ou moins habiles chez les sages-femmes;

2° Ceux des femmes accouchées dans de bonnes conditions qui meurent à l'hôpital où chez elles de suites de couches;

Ils seraient beaucoup moins brillants et beaucoup moins différents des résultats des services d'accouchement.

Nous espérons que l'on ne verra, dans cette attaque contre des sages-femmes, dont la plupart sont sans doute dignes d'estime, aucun parti pris. — Nous aurions pu nous livrer à des plaisanteries faciles ; nous avons voulu nous en tenir aux faits ; l'insistance que nous y avons mise tient au seul désir de détruire une légende trop facilement formée.

Maintenant que nous sommes fixé sur la valeur réelle de l'élévation de notre courbe de mortalité, examinons les variations qu'elle a subies.

Nous avons déjà fait remarquer que l'année la plus meurtrière de toutes fut celle de l'ouverture de l'hôpital, et que nos courbes sont descendantes dans leur ensemble de 1855 à 1878. Nous n'insisterons pas sur ce fait aussi inattendu que contraire à la théorie exclusive de l'influence nosocomiale, mais nous chercherons à déterminer les causes de cet abaissement progressif de la mortalité.

Dans cet examen, nous suivrons toujours la mortalité puerpérale et non la mortalité brute; celle-ci comprend tous les décès purement accidentels dont on ne saurait en aucun cas accuser l'hôpital. Pour bien faire, il serait même nécessaire de ne considérer que les décès par accouchements simples, les complications étant comme les accidents indépendants de toute influence de milieu. Pour les premières années, malheureusement, nous n'avons pu séparer les accouchements simples des accouchements compliqués; mais, pour les dernières, à partir de 1872, il nous a été possible, grâce à la statistique de M. Siredey, d'établir entre eux la distinction la plus certaine.

Au début, de 1855 à 1861 inclusivement, la mortalité se main-

tient entre 1 pour 10 et 1 pour 20; à partir de 1862, elle tombe au-dessous de 1 pour 20, pour ne plus jamais atteindre un chiffre aussi élevé. A quoi faut-il attribuer cette amélioration? Nous pensons pouvoir le dire. Nous avons constaté, en dépouillant les registres de l'hôpital, que, pendant les premières années, les femmes malades restaient dans la salle d'accouchement et y mouraient souvent au milieu des nouvelles accouchées. Au contraire, à partir de 1862, nous avons constaté de nombreux passages de la salle Sainte-Anne dans les autres services, et nous avons remarqué que tous les décès avaient lieu hors de cette salle. C'est donc à cette époque que l'on a commencé à faire sortir de la salle commune, d'une façon régulière, les nouvelles accouchées présentant des symptômes menaçants. C'est à cette mesure que nous croyons pouvoir attribuer l'abaissement de la mortalité qui a suivi. Passons rapidement sur ce point, puisqu'il est admis sans difficulté par tout le monde que, laisser des malades atteintes d'affections puerpérales au milieu de nouvelles accouchées, est la violation la plus complète de toutes les lois de l'hygiène.

En 1865, nous constatons un léger abaissement de la mortalité brute, qui est de 1 pour 43, et une chute énorme de la mortalité puerpérale, qui tombe brusquement à 1 pour 188. Cette année, le choléra sévit à Paris avec violence, et la différence extraordinaire que nous avons notée entre le chiffre de la mortalité brute et celui de la mortalité puerpérale tient précisément à un certain nombre de décès causés par l'épidémie. Faut-il admettre que le choléra ait frappé toutes les femmes affaiblies et ait absorbé à son profit une partie de la mortalité puerpérale ou plus simplement que l'effarement inséparable de toute épidémie grave ait fait classer, parmi les affections cholériques, un certain nombre de cas en réalité de nature différente? On peut admettre ces deux interprétations, mais rien ne démontre qu'elles soient exactes. Notons donc ce fait déjà signalé, croyons-nous, dans l'histoire de plusieurs épidémies, sans y insister plus longtemps.

De 1865, année du choléra, à 1872, nous constatons une ascension graduelle de la mortalité puerpérale et une ascension moins régulière de la mortalité totale. La première monte de 1 pour 188

et 1 pour 80 en 1865 et1866, à 1 pour 47 et 1 pour 30 en 1870 et 1871. Pour interpréter ce fait, il faudrait être très au courant des conditions dans lesquelles s'est trouvée la salle Sainte-Anne pendant cette période de temps. Remarquons seulement que, jusqu'en 1869, l'accroissement de la mortalité correspond à une augmentation du nombre des accouchements faits dans le service. En 1864, ce nombre était de 919; il atteint, en 1868 et en 1869, 1,091 et 1,034; or, en tenant compte du temps nécessaire au rétablissement de chaque femme, nous savons qu'il ne peut être fait dans la salle Sainte-Anne plus de 900 accouchements par an, sans que ses 28 lits soient tous constamment occupés, ce qui donne lieu à un véritable encombrement.

Peut-être est-on en droit d'attribuer à cette cause, l'élévation de la mortalité de 1865 à 1869? Quant à 1870 et 1871, nous croyons inutile d'insister sur la mortalité que ces années néfastes ont fournie. Les conditions dans lesquelles s'est trouvée la population de Paris suffisent à l'expliquer.

Nous arrivons à la dernière et à la plus importante partie de notre statistique. A partir de 1872, nous avons pu calculer non-seulement la mortalité brute et la mortalité puerpérale, mais encore la mortalité par accouchements simples. Nos trois tracés sont descendants dans leur ensemble, et ils le sont plus par la mortalité puerpérale que par la mortalité brute, et plus encore par la mortalité par accouchements simples que par la mortalité puerpérale totale.

Attachons-nous surtout à la mortalité simple et cherchons à nous rendre compte des causes qui l'ont fait tomber de 1 pour 35 à 1 pour 145 en 1877, et 1 pour 199 en 1878.

En prenant le service au commencement de 1872, M. Siredey ne manqua pas d'être frappé du nombre considérable des décès. Ne pouvant obtenir la suppression de la salle des femmes en couches que, suivant les idées généralement reçues, il jugeait devoir toujours donner les résultats les plus défavorables, il chercha du moins à la placer dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

Les mesures qu'il fut successivement amené à prendre, et dont

les résultats le firent revenir peu à peu sur sa première opinion, sont de deux ordres :

Les unes ont pour but d'assainir le local et le matériel mis à la disposition des femmes en couches;

Les autres tendent à purifier de tout germe morbide les personnes qui approchent des malades.

M. Siredey insiste sur les dernières. Il pense que l'on a trop exclusivement accusé les murs de l'hôpital et les objets mobiliers qui entourent les malades; pour lui un des agents de contamination les plus actifs est le personnel et en particulier le personnel médical. Le danger qui résulte du contact des accouchées entre elles par l'intermédiaire du médecin et des infirmières est sans doute très-grand dans une salle d'hôpital, mais il existe aussi dans des conditions toutes différentes. En tous cas, il n'a rien de mystérieux et n'est nullement un produit spécial des services de femmes en couches. C'est ce que démontrent les épidémies d'accidents puerpéraux observées dans de petites villes ou même à la campagne chez les malades isolées, n'ayant entre elles aucune communication directe, mais soignées par le même médecin ou la même sage-femme.

Ce serait un peu sortir de notre cadre que d'insister sur ces épidémies, d'autant plus que, pour les relater ici, il faudrait se faire en quelque sorte l'accusateur de celui qui les aurait propagées. Qu'il nous suffise de dire que M. Siredey a eu, depuis peu d'années, connaissance de trois de ces épidémies, et qu'il a pu les observer en partie.

Les mesures prophylactiques que nous allons énumérer n'ont pas été introduites tout d'un coup, elles ont été adoptées peu à peu, à mesure qu'on en a reconnu l'utilité, à mesure qu'il a été possible de les obtenir de l'administration ou de les imposer au personnel. Nous verrons qu'elles sont loin encore d'être complètes.

Pour éviter l'encombrement, M. Siredey a soin de ne jamais laisser remplir la salle; sur vingt-huit lits, il cherche constamment à n'en laisser occuper que vingt, ce qui permet de faire reposer la literie et d'atténuer la viciation de l'air.

Autant que possible, chaque femme reçoit, à son entrée, un bain avant de pénétrer dans la chambre de misère. Cette précaution, facile à observer, rencontre assez souvent sinon une opposition franchement ouverte, du moins peu d'empressement chez les gens de service. Cependant, l'état de malpropreté d'un grand nombre de femmes la rend indispensable. Ajoutons que, généralement, on leur fait faire un long trajet et descendre deux étages pour les envoyer aux bains plutôt que de se servir de la baignoire placée dans l'office. Enfin, de même qu'en toute autre circonstance, il est à peu près impossible d'obtenir un bain le dimanche : il serait à désirer que des préoccupations étrangères au bien des malades, ne vinssent pas entraver l'exécution de précautions hygiéniques nécessaires.

Chaque femme, aussitôt après la délivrance, est transportée sur un chariot pour éviter les secousses, du lit de misère, à celui qu'elle doit occuper dans la salle. Celui-ci est disposé de la façon suivante : sous le drap est placé un paillasson de balle d'avoine séparé du matelas par une toile cirée imperméable. Ce paillasson ne sert jamais que pour une seule malade; la balle d'avoine qu'il contient est brûlée à chaque changement et l'enveloppe lessivée; le matelas, protégé par la toile cirée, n'est jamais souillé, cependant il est renouvelé chaque mois. Il vaudrait encore mieux que le matelas fût entièrement en paille, ce qui permettrait de changer complétement la literie; quant à la toile cirée, dont le prix est assez élevé, elle peut être remplacée par du papier goudronné du prix de 0,05 centimes le mètre carré, qu'on sacrifierait sans regret chaque fois qu'il serait nécessaire. C'est ce que fait M. Tarnier à la Maternité.

Le sommier est tout en fer et à jour, mais les tables de nuit sont en bois; il vaudrait mieux qu'elles fussent en fer, comme à la Maternité, afin qu'on pût les laver fréquemment à grande eau.

Le linge est changé chaque fois qu'il a été souillé; jamais il ne séjourne dans la salle. Une trémie, dont la bouche est installée à côté des lieux d'aisances, permet de le précipiter, sans retard, hors du bâtiment. Il serait utile de le désinfecter en même temps,

soit en le plongeant dans une solution antiseptique, soit en le faisant séjourner dans une étuve.

Les éponges, agents de transmission possible des ophthalmies, des érysipèles, des lymphangites, ne sont jamais employées ni pour les mères ni pour les enfants.

Chaque femme possède une serviette et une canule à injection personnelle.

Les injections vaginales profondes, sont évitées au début; on les emploie d'une façon répétée dans les cas de fétidité des lochies, de rétention de caillots ou du placenta, de sphacèle ou de déchirures de la vulve ; dans les autres cas, on se contente de douches superficielles plutôt que d'injections. Celles-ci sont faites de même pour les lavages de toutes les parties souillées avec des solutions antiseptiques. Les infirmières elles-mêmes lavent fréquemment leurs mains avec les mêmes solutions.

On restreint, autant que possible, les communications des accouchées avec les autres malades, et des infirmières avec celles des autres salles, mais, pour ces dernières surtout, il est bien difficile d'empêcher des contacts incessants.

L'idéal serait d'avoir un personnel spécial et isolé pour le service des femmes en couches, ce qui sera toujours à peu près impossible dans les hôpitaux généraux.

Le personnel médical devrait aussi être isolé; M. Siredey commence toujours sa visite par la salle Sainte-Anne, il évite ainsi de transporter des germes morbides des autres salles de son service dans celle des femmes en couches; de plus, le nombre des élèves est toujours moindre au commencement de la visite qu'à la fin.

Aucun élève ne doit entrer dans la salle en-dehors des visites, sauf ceux qui y sont spécialement attachés. Ceux-ci ne devraient jamais pénétrer dans les autres salles; mais, en l'absence d'internes et d'externes particuliers aux services d'accouchement, il est impossible qu'il en soit ainsi.

Les femmes sont touchées aussi peu que possible, avant et surtout après l'accouchement; on emploie, pour graisser les mains, l'huile phéniquée, qui est renouvelée pour chaque femme.

Les personnes qui pratiquent le toucher doivent préalablement laver leurs mains dans une solution antiseptique; une cuvette, contenant un mélange d'acide phénique et d'essence de thym en solution dans l'eau alcoolisée, est toujours disposée à cet effet à côté du lit de misère. Cette solution ne répand pas d'odeur désagréable pour les femmes et pour le médecin comme l'acide phénique seul.

M. Siredey insiste beaucoup sur les soins de propreté auxquels doivent s'accoutumer toutes les personnes attachées au service. Il ne suffit pas, dit-il, d'avoir les mains dépourvues de taches, il faut veiller aux ongles, sous lesquels s'accumulent une foule de détritus qui résistent aux lavages trop superficiels.

Il est interdit aux élèves du service d'assister aux autopsies, de toucher aux pièces anatomiques, de disséquer. S'ils sont obligés de le faire, ils doivent redoubler de précautions, recourir aux lavages répétés, à l'emploi des solutions désinfectantes, aux bains, aux promenades au grand air, le mieux serait qu'ils fussent exclus du service pendant plusieurs jours.

Enfin, il faut veiller à la propreté des vêtements; à l'hôpital, on s'habitue facilement aux souillures des habits; on y voit trop souvent des taches de pus, de sang, des débris organiques putréfiés provenant de quelque autopsie. Il serait désirable qu'il y eût comme dans les hôpitaux anglais, des vêtements spéciaux dont on se revêtirait en entrant dans la salle, et qu'on quitterait en en sortant; mais, dans tous les cas, une propreté scrupuleuse est nécessaire.

Un point essentiel est de ne jamais laisser une femme malade au milieu des nouvelles accouchées. Au premier frisson, au premier indice menaçant, elle doit quitter la salle. C'est un des meilleurs moyens d'éviter la propagation des accidents puerpéraux. Qu'il s'agisse d'érysipèle, de lymphangite ou de phlébite utérine, on a vu trop souvent, dans les épidémies, le mal attaquer les voisines des femmes primitivement atteintes.

A Lariboisière, M. Siredey faisait autrefois son possible pour placer les accouchées malades dans la salle Sainte-Geneviève, qui dépend également de son service. Mais il reconnut bientôt qu'en les réunissant ainsi, il allait contre son but. Ces femmes exerçaient les unes sur les autres une influence désastreuse, elles créaient

un véritable foyer d'infection communiquant par l'intermédiaire des élèves du service avec la salle d'accouchements. Aussi, laisse-t-il maintenant disséminer dans les autres salles les malades qui peuvent y être admises. Quant à celles qui conservent leurs enfants, elles sont forcément placées dans la crèche dont il a également la direction.

Dans les deux cas, leur situation est mauvaise. Nous avons déjà montré, au commencement de ce travail, combien l'organisation de la crèche est défectueuse, combien nos accouchées y pâtissent. Elles ne sont guère mieux dans les salles consacrées aux affections générales, mêlées à des malades dont le voisinage leur est souvent nuisible et auxquelles elles peuvent nuire elles-mêmes. Il serait nécessaire que ces malades fussent réellement isolées, et le mieux, pour cela, serait de compléter chaque service d'accouchement par un pavillon spécial semblable à celui qui a été construit à la Maternité de Paris, sur les indications de M. Tarnier. On en trouvera la description détaillée et le plan dans le *Traité d'hygiène* de M. Proust (1). Il serait possible de trouver un emplacement favorable dans les terrains qui dépendent de chaque hôpital ; les accouchées malades y recevraient, d'une façon plus certaine, les soins minutieux que réclame leur état, et cesseraient d'être une menace pour les autres.

L'installation d'un pavillon d'isolement est la plus nécessaire des réformes réclamées par M. Siredey. Nous l'avons indiquée avec plusieurs autres, chemin faisant, en exposant celles qui ont déjà été accomplies.

L'exécution graduelle de ces dernières s'est accompagnée d'un abaissement correspondant de la mortalité puerpérale. Est-ce une simple coïncidence ou un résultat ? La question se pose chaque fois qu'il s'agit de juger les effets d'un traitement, qu'il soit curatif ou préventif, qu'il s'applique à un malade ou à une classe d'individus. Mais, en tous cas, les chiffres que nous produisons ont leur valeur. Ils montrent que l'hôpital n'est pas nécessairement un séjour aussi fatal qu'on l'a cru aux femmes en couches. La mortalité de 1 pour

(1) Proust. *Traité d'hygiène publique et privée*, p. 646. Paris, 1877, Masson, édit.

145 et 1 pour 199 obtenue en 1877 et 1878, pour les accouchements simples, se rapproche beaucoup des résultats obtenus en ville, et nous pensons qu'il est permis d'en faire honneur aux précautions hygiéniques que nous venons de décrire. On peut espérer qu'elle s'abaissera encore, quand il aura été possible de compléter les réformes accomplies par celles que nous avons indiquées. Les plus nécessaires sont certainement la création de pavillons d'isolement pour les accouchées malades et la suppression de tout rapport des serviteurs et du personnel médical avec les autres malades, les amphithéâtres d'anatomie ou les salles d'autopsie.

Ces conditions sont, en grande partie, réalisées à la maternité de l'hôpital Cochin; aussi les résultats obtenus y sont-ils, depuis un certain nombre d'années, excellents. M. Polaillon, chargé de la direction de ce service de 1873 à 1877, a bien voulu nous communiquer la statistique qu'il a faite pendant ces années; nous sommes heureux de pouvoir la rapprocher de celle que nous venons d'étudier. Les chiffres de M. Polaillon sont encore plus favorables que ceux de M. Siredey. Ils montrent que l'innocuité relative de la salle d'accouchement de l'hôpital Lariboisière, dans ces dernières années, n'est pas un fait bizarre, isolé et inexplicable, mais le résultat de conditions hygiéniques qui, réalisées ailleurs, ont donné les mêmes résultats.

STATISTIQUE DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL COCHIN DE 1873 A 1877

Nous n'entrerons pas dans de grands détails sur l'organisation du service d'accouchements de l'hôpital Cochin. M. Polaillon nous a annoncé l'intention de faire de sa statistique l'objet d'une publication spéciale; il y exposera, beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire, ce que nous nous contenterons d'indiquer ici. Son travail est pour nous un témoin précieux que nous nous contenterons de citer à l'appui de nos opinions et de nos propres recherches, puisqu'il a bien voulu nous y autoriser.

La maternité de l'hôpital Cochin occupe un bâtiment isolé, placé au milieu d'un grand jardin, loin du reste de l'hôpital et de la salle d'autopsie. Le personnel médical se compose, outre le chef de service, d'un interne et de sages-femmes spécialement et uniquement attachés à la salle. Il s'y fait, en moyenne, 750 accouchements par an. Une petite salle de six lits et deux cabinets, contenant chacun un lit servent de lieu d'isolement pour les femmes malades. Partisan résolu de la méthode antiseptique, M. Polaillon a toujours veillé, pendant son séjour, à ce que la plus scrupuleuse propreté régnât dans son service, et il a toujours fait usage de solutions antiseptiques pour le lavage des mains et des instruments, ainsi que la toilette et les injections des malades.

Voici les chiffres qu'il nous a communiqués. En 1873, il y a eu 713 accouchements qui ont donné lieu à 4 décès, dans les circonstances suivantes :

1° Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie;
2° Péritonite;
3° Id.
4° Hydrocéphalie, perforation du crâne. Forceps.

Les cas 1 et 4 sont évidemment compliqués, ce qui donne 2 décès pour 711 accouchements simples, soit une mortalité brute de 1 pour 178,2, et une mortalité par accouchements simples de 1 pour 355,5.

En 1874, il y a eu 699 accouchements et 11 décès, savoir :

1° Fièvre typhoïde;
2° Tumeur fibreuse du col de l'utérus, accouchement difficile, péritonite;
3° Métro-péritonite;
4° Id.
5° Mort subite par syncope;
6° Métro-péritonite;
7° Id.
8° Id.
9° Craniotomie, céphalothripsie, péritonite;
10° Infection purulente;
11° Péritonite,

Dans les cas 1 et 5, la mort a été due à cause accidentelle; dans les cas 2 et 3, elle a suivi un accouchement compliqué. Nous avons donc 9 décès de cause puerpérale et 7 décès par accouchement simple, ce qui donne :

Mortalité brute, 1 pour 63,5.
Mortalité puerpérale, 1 pour 77,4.
Mortalité par accouchements simples, 1 pour 99,3.

En 1875, il y a eu 739 accouchements et 5 décès, savoir:

1° Métro-péritonite;
2° Rupture de l'utérus faite en ville.
3° Péritonite;
4° Eclampsie;
5° Bassin rétréci, accouchement prématuré provoqué, péritonite.

Dans les cas 2 et 4, la mort a été le résultat d'affections ou de faits accidentels.

Dans le cas 5, elle a été la conséquence d'un accouchement compliqué.

Nous avons donc 3 décès de cause puerpérale, et 2 décès par accouchements simples; ce qui donne :

Mortalité brute, 1 pour 147,8.

Mortalité puerpérale 1 pour 245,7.

Mortalité par accouchements simples; 1 pour 369.

En 1876, il y a eu 738 accouchements et 9 décès, savoir :

1° Métro-péritonite ;

2° Broncho-pneumonie ;

3° Péritonite puerpérale et pleurésie ;

4° Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies ;

5° Métro-péritonite ;

6° Id.

7° Id.

8° Péritonite par rupture d'un kyste ovarique; la rupture a eu lieu en ville ;

9° Néphrite suppurée.

Dans les cas 2, 8 et 9, la mort est le fait d'affections concomitantes accidentelles.

Dans le cas 4, l'accouchement était compliqué.

Nous avons donc 6 décès de cause puerpérale, dont 5 par accouchements simples ; ce qui donne :

Mortalité brute, 1 pour 82 ;

Mortalité puerpérale, 1 pour 122,5.

Mortalité par accouchements simples, 1 pour 146,8.

En 1877, il y a eu 808 accouchements et 5 décès savoir :

1° Scarlatine ;

2° Manie aiguë ;

3° Suicide ;

4° Congestion pulmonaire aiguë, albuminurie ;

5° Phtisie pulmonaire, mort 10 jours après l'accouchement.

Ces cinq cas, sauf peut-être le 2°, qui peut légitimement être attribué à l'influence puerpérale, sont accidentels.

Nous avons donc un seul décès de cause puerpérale, et aucun par accouchement simple; ce qui donne :

Mortalité brute, 1 pour 161,1.

Mortalité puerpérale, 1 pour 807.

Mortalité par accouchement simple, 0.

Ces résultats sont réunis dans le tableau suivant :

ANNÉES	NOMBRE d'accouchements	TOTAL des DÉCÈS	MORTALITÉ brute	DÉCÈS puerpéraux	MORTALITÉ puerpérale	DÉCÈS par accouchements simples	MORTALITÉ par accouchements simples
1873	713	4	1 pour : 178.2	4	1 pour : 178.2	2	1 pour : 355.5
1874	699	11	1 pour : 63.5	9	1 pour : 77.5	7	1 pour : 99.3
1875	739	5	1 pour : 147.8	3	1 pour : 245.7	2	1 pour : 369
1876	738	9	1 pour : 82	6	1 pour : 122.5	5	1 pour : 146.8
1877	808	5	1 pour : 171 6	1	1 pour : 807	0	0

En résumé, en cinq années, il y a eu, à l'hôpital Cochin :

3,697 accouchements.

34 décès en tout.

Soit une mortalité brute de 1 pour 108,7.

23 décès de cause puerpérale par accouchements simples ou compliqués.

Soit une mortalité puerpérale de 1 pour 160,3.

16 décès consécutifs à des accouchements simples, soit une mortalité par accouchements simples de 1 pour 229,9.

En séparant les primipares des multipares, distinction qui a toujours été faite,

On a, — pour les premières :

1,552 accouchements ;

16 décès.

Soit 1 mort pour 97 accouchements.

— Pour les secondes :

2,145 accouchements ;

18 décès.

C'est-à-dire un décès pour 119 accouchements.

En comptant tous les cas simples, compliqués ou accidentels.

Ces chiffres sont absolument certains, puisque toutes les femmes malades ont été suivies et soignées dans une annexe de la maternité, puisque les résultats du traitement et les constatations faites aux autopsies, ont été enregistrés sous le contrôle constant de M. Polaillon.

Nous sommes bien loin, on le voit, de la mortalité de 1 femme sur 29, signalée et dénoncée par M. le professeur Lefort (1). Les résultats obtenus par M. Polaillon se rapprochent singulièrement de ceux du dehors. Loin d'être 17 fois plus meurtrier que l'accouchement en ville, ainsi que l'avaient dit MM. Tarnier (2) et Malgaigne (3), l'accouchement dans une maternité se montre égal à celui-ci, et même moins dangereux, pendant plusieurs années.

Si ces chiffres sont supérieurs à ceux de M. Siredey, il ne faut pas oublier qu'ils été obtenus dans une maternité à peu près isolée de l'hôpital auquel elle se rattache, et non dans un service d'accouchements, confondu au milieu des salles d'un hôpital général. Aussi cette supériorité même est, pour nous, une nouvelle confirmation de nos recherches et un encouragement de plus à formuler les conclusions qu'elles nous ont inspirées.

(1) Lefort. *Des maternités.* Paris, 1860.

(2) Tarnier. *Thèse de Paris.* 1857,

(3) Malgaigne. *Rapport inséré au Bulletin Officiel du ministère de l'Intérieur.* 1864

VI

CONCLUSIONS

Nous avons cherché, dans les propositions qui terminent notre travail, à ne pas nous laisser aller à des généralisations insuffisamment justifiées.

Les résultats obtenus par M. Siredey dans le service des femmes en couches de l'hôpital Lariboisière, et par M. Polaillon à la maternité de l'hôpital Cochin, sont certes des plus remarquables et des plus encourageants. Prétendons-nous, cependant, que l'hôpital soit un milieu favorable aux accouchées? Un tel paradoxe est loin de notre pensée ; les précautions minutieuses dont nous avons accumulé la description indiquent assez notre méfiance à son égard. Mais, s'il est coupable, est-ce une raison pour lui imputer des crimes imaginaires, et surtout pour contempler ses méfaits avec une résignation fataliste, ou pour prôner des remèdes d'une valeur plus que douteuse? L'hôpital est un mauvais séjour pour les femmes en couches : soit. Mais pouvons-nous nous en passer? Nous ne le croyons pas, et nous ajoutons que le traitement chez les sages-femmes, par lequel on a tenté de le remplacer, ne vaut pas mieux que lui. Nos recherches le prouvent, et le fait deviendrait évident pour tout le monde, le jour où les sages-femmes n'auraient plus à leur disposition l'hôpital pour les débarrasser de tous les cas défavorables.

Si l'on fait abstraction de ces cas, actuellement accumulés à dessein dans les services d'accouchement, on trouve que l'influence nocive de l'hôpital dépend surtout de deux causes, la contagion

et la misère. Nous avons montré comment on peut essayer de lutter contre la première ; les chirurgiens partisans des différentes méthodes antiseptiques, si en honneur aujourd'hui nous accorderont, sans doute, que nous ne nous sommes pas fait illusion. Il fut un temps où le mot d'ordre était de détruire tous les services de chirurgie, où pas un opéré n'était en sûreté, de même qu'on devait supprimer les services d'accouchement, où aucune femme n'était à l'abri d'accidents puerpéraux. Aujourd'hui que les séries de succès obtenus dans leurs hôpitaux, par les chirurgiens étrangers et français sont connues, les hôpitaux-baraques, les tentes, etc., ont bien perdu de leur faveur, et presque tout le monde a recours aux antiseptiques. Sans diminuer la valeur de la dissémination, de l'aération, auxquelles nous attachons, au contraire une importance capitale, nous croyons qu'il en sera un peu des maternités et des services de femmes en couches, comme des salles de chirurgie. Quand les soins donnés aux malades seront l'objet des précautions hygiéniques les plus minutieuses, on craindra moins pour elles le séjour de l'hôpital.

Cependant, quoi qu'on fasse, on n'empêchera pas que les accouchées des hôpitaux ne soient dans de moins bonnes conditions que celles de la ville. Les statisticiens ont dressé les tables de mortalité suivant les âges, suivant les professions, suivant les climats. Il serait bien difficile, mais très-intéressant de savoir aussi exactement comment la misère et le bien-être influent sur la mortalité. Il est certain que, dans toute maladie, les faibles, les surmenés, les misérables ont plus de chances de succomber et succombent en plus grand nombre que les forts, que les heureux du monde, entourés des soins les plus empressés. Les femmes qui viennent accoucher dans les hôpitaux sont, à cet égard, dans les plus mauvaises conditions. Rarement mariées, ou si elles le sont, trop pauvres pour pouvoir se passer de leur salaire quotidien, elles ont travaillé jusqu'au dernier jour au moment où elles auraient dû ménager leurs forces. Souvent abandonnées par le père de leur enfant, quelquefois poursuivies des reproches de leur famille, elles restent chez quelque amie qui les a recueillies, par pitié, dans l'état de dénuement le plus complet. Est-il étonnant que, sous

l'influence dépressive de la misère, leurs forces diminuent, qu'elles deviennent plus accessibles aux influences morbides et moins résistantes à l'action des accidents qui peuvent survenir? Nous ne croyons pas tomber dans une sentimentalité banale en signalant cette cause d'élévation de la mortalité; s'il est difficile d'en mesurer exactement l'influence, son importance n'en est pas moins réelle.

Nous n'avons trouvé, dans nos recherches, la trace d'aucune cause de mort mystérieuse, d'aucun agent spécial aux salles d'accouchements; aussi n'admettons-nous pas, comme on l'a dit, qu'une femme placée dans l'hôpital le mieux organisé, soit, par ce seul fait, bien plus en danger que chez elle, dans les plus mauvaises conditions hygiéniques. Nous croyons, avec notre excellent maître, M. Siredey, que les décès des accouchées ne sont pas dus à une maladie fatale et singulière : la fièvre puerpérale, mais bien à des lésions communes et diverses évoluant sur un terrain préparé par les fatigues de la grossesse et de la parturition. De même, nous admettons aussi que la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux est due à des causes connues, dont les unes peuvent être supprimées, et dont les autres tiennent non à l'hôpital lui-même ,mais à la classe de malades qui viennent y accoucher.

Enfin, nous pensons avoir démontré que les chiffres, en apparence si écrasants, produits avant nous, sont loin de donner, comme on l'a prétendu, la mesure mathématique de l'influence du milieu nosocomial, et qu'il est possible d'obtenir, dans les maternités, et même dans les hôpitaux généraux, des résultats réellement égaux à ceux de la ville.

Nous résumons ce que notre travail contient de plus certain dans les conclusions suivantes :

1° Les statistiques produites par l'administration de l'Assistance publique étant défectueuses, il n'existe actuellement aucun moyen de comparer avec certitude la mortalité des femmes en couches :

Dans les hôpitaux;

Chez les sages-femmes où elles sont envoyées par les hôpitaux;

Chez les sages-femmes des bureaux de bienfaisance;

Dans la clientèle de la ville.

2° Le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux est, et sera toujours, surélevé par un certain nombre de causes indépendantes de l'influence nosocomiale. Ce sont :

Les mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouvent placées les femmes qui viennent y accoucher;

L'accumulation de tous les cas où, soit des accidents, soit des complications surviennent avant ou pendant l'accouchement.

3° Pour connaître la mortalité que l'on peut réellement attribuer à l'influence propre de l'hôpital, il est nécessaire de ne compter que les décès par accouchements simples.

4° La mortalité par accouchements simples dans les hôpitaux et les maternités peut être ramenée à peu près au même taux que celle de la ville. Les résultats obtenus par M. Siredey à l'hôpital Lariboisière, et par M. Polaillon à la maternité de Cochin, en donnent une preuve évidente.

5° Il est probable qu'elle s'abaisserait encore, si des précautions hygiéniques plus complètes étaient prises.

6° De petites maternités isolées, comme celles de l'hôpital Cochin, seraient certainement meilleures que les services d'accouchement actuels des hôpitaux généraux; mais, jusqu'à ce qu'on puisse supprimer ceux-ci, il est urgent d'y introduire les perfectionnements dont nos recherches démontrent l'utilité.

TABLE

285-2-9 — SAINT-QUENTIN. — IMPRIMERIE JULES MOUREAU.